Załącznik Nr 3 do wniosku

**Wniosek w sprawie numeru konta bankowego**

Miejscowość .........................................................., data .........................................

Nazwa podmiotu:  
REGON podmiotu:  
Numer identyfikacyjny apteki:  
Dane posiadacza rachunku bankowego:  
............................................................................................................................

……………………………………………………………………………………….................................

Numer rachunku bankowego do rozliczania umowy o realizację programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego

………….................................................................................................................

………………………………..........................................

Podpis\* osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu prowadzącego aptekę – zawierające nazwę, adres, NIP i REGON – wraz z podpisem.