

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
.....

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- nie posiadam zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych albo produktów leczniczych weterynaryjnych i nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie takiego zezwolenia,
- nie prowadzę na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przeze mnie kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, nie prowadzą łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa,
- nie jestem członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu *ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz.U. Nr 50 poz. 331 ze zm.), której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych,
- w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie cofnięto mi zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej,
- w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie zostałem skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi.
- nie wykonuję zawodu lekarza lub lekarza dentystry,
- w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie nałożono na mnie kary pieniężnej na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c ustawy - Prawo farmaceutyczne.

.....
(podpis)

.....
.....
.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie kontroluję w sposób bezpośredni lub pośredni żadnych podmiotów, w szczególności podmiotów zależnych w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis)

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że kontroluję w sposób bezpośredni lub pośredni następujące podmioty zależne w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (wnioskodawca podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibą i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1.
2.
3.
4.
5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis)

.....
.....
.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie jestem członkiem żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis)

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkami są następujące podmioty (wnioskodawca podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibą i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1.
2.
3.
4.
5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis wnioskodawcy)

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że na podstawie udzielonych zezwoleń prowadzę
..... aptek.

(wskazać słownie liczbę aptek)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie wchodzę w skład organów spółek posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmujących się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

.....

(podpis wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie jestem wpisany(a) do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ani nie wystąpiłem/łam o wpis do tego rejestru.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpiłem(łam) z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

.....
.....
.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem(am) z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem współnikiem/partnerem następujących podmiotów, prowadzących apteki ogólnodostępne (wskazać oznaczenie podmiotu, jego siedzibę, adres, nr KRS oraz ilość prowadzonych aptek ogólnodostępnych):

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

.....
(podpis współnika/partnera spółki)

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

**Świętokrzyski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
Al. IX Wieków Kielc 3
25-516 Kielce**

Oświadczenie

Oświadczam, że nie jestem współnikiem/partnerem żadnych podmiotów, prowadzących apteki ogólnodostępne.

.....
(podpis współnika/partnera spółki)