

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu Spółki oświadczam/y zgodnie z art. 99 ust. 3 ustawy Prawo farmaceutyczne, że Spółka:

- nie prowadzi ani nie wystąpiła z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej,
- nie zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi
- nie prowadzi na terenie województwa dolnośląskiego więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez nią 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 dolnośląskiego
- nie jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą na terenie województwa dolnośląskiego więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych.

.....

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu Spółki oświadczam/y zgodnie z art. 99 ust. 3a ustawy Prawo farmaceutyczne, że Spółka:

- nie jest wspólnikiem, w spółce lub w spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne
- nie prowadzi co najmniej 4 aptek ogólnodostępnych ani podmiot lub podmioty przez nią kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, nie prowadzą co najmniej 4 aptek ogólnodostępnych
- nie jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne
- nie wchodzi w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi

.....

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając jako wspólnik/partner* Spółki oświadczam zgodnie z art. 99 ust. 3a ustawy Prawo farmaceutyczne, że:

- nie jest wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub w spółkach, które prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne
- nie prowadzę co najmniej 4 aptek ogólnodostępnych ani podmiot lub podmioty przeze mnie kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, nie prowadzą co najmniej 4 aptek ogólnodostępnych
- nie jestem członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne
- nie wchodzę w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi

.....

(podpis wspólnika/partner Spółki)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu Spółki oświadczam/y:
zgodnie z art. 100 ust.2 pkt 5a ustawy Prawo farmaceutyczne, że Spółka

- nie jest wpisana do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ani nie wystąpiła z wnioskiem o wpis do tego rejestru,
- nie prowadzi hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpiła z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie
- nie zajmuj się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiła z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 Prawa farmaceutycznego tj. Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że Spółka nie kontroluje 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 osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że Spółka 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 osoby upoważnionej do reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że Spółka nie jest członkiem żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że Spółka 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 osoby upoważnionej do reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że na podstawie udzielonych zezwoleń Spółka
prowadzi aptek.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu Spółki oświadczam/y
zgodnie z art. 101 pkt. 2,3,5 ustawy Prawo farmaceutyczne, że Spółce

- w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie cofnięto zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej ani też nie została skreślona z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi
- nie posiada zezwolenia na wytwarzanie lub import produktu leczniczego albo produktu leczniczego weterynaryjnego, nie wystąpiła z wnioskiem o wydanie takiego zezwolenia, nie prowadzi hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpiła z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie, nie zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiła z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3, nie wykonuje działalności leczniczej ani nie wystąpiła z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie nałożono na nią kary pieniężnej na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c Prawa farmaceutycznego

.....

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Spółki)

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/aoświadczam, że nie kontroluje 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 wspólnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/aoświadczam, 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 współnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

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

.....

(podpis wspólnika/partnera spółki*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/aoświadczam, że nie jest członkiem żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis partnera/wspólnika*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/aoświadczam, 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 współnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam że na podstawie udzielonych zezwoleń prowadzę
aptek

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis współnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić

....., dnia

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu**

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

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

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....

.....
(podpis wspólnika/partnera spółki*)

*niepotrzebne skreślić