Załącznik nr 4a

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu ……. oświadczam/y zgodnie z art. 99 ust. 3 w zw. z art. 70 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, że wnioskodawca:

- nie prowadzi ani nie wystąpił 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 niego 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4b

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu ……. oświadczam/y:
zgodnie z art. 100 ust. 2 pkt 5a w zw. z art. 70 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, że wnioskodawca:

- nie jest wpisany do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ani nie wystąpił z wnioskiem o wpis do tego rejestru,
- nie prowadzi hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie
- nie zajmuj się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpił 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4c

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że wnioskodawca …… 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4d

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że wnioskodawca …… kontroluje 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4e

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że wnioskodawca ……. 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4f

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y, że wnioskodawca…….. 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 wnioskodawcy)

Załącznik nr 4g

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

Załącznik nr 4h

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIA

Działając w imieniu wnioskodawcy ……. oświadczam/y zgodnie z art. 101 pkt. 2,3,5 w zw. z art. 70 ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, że wnioskodawcy

- 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 został skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi
- nie posiada zezwolenia na wytwarzanie lub import produktu leczniczego albo produktu leczniczego weterynaryjnego, nie wystąpił z wnioskiem o wydanie takiego zezwolenia, nie prowadzi hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie, nie zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpił z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3, nie wykonuje działalności leczniczej ani nie wystąpił 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 wnioskodawcę kary pieniężnej na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c Prawa farmaceutycznego

……..

(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania wnioskodawcy)

Załącznik nr 4i

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niże podpisany/a ……..oświadczam, 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 (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4j

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a ……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 wspólnika/partnera*)

*****niepotrzebne skreślić (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4k

……., 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 (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4l

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a …….oświadczam, 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 (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4ł

……., dnia …….

Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
we Wrocławiu

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a ……..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 wspólnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4m

……., 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 wspólnika/partnera*)

*niepotrzebne skreślić (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)

Załącznik nr 4n

……., 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 (oświadczenie składane przez partnera lub wspólnika spółki jawnej lub partnerskiej)