

**Wniosek w sprawie numeru konta bankowego**

Miejscowość .....,

data .....

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

Dane posiadacza rachunku bankowego:

.....

.....

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

.....

.....

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

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