

.....  
(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)

.....

.....

(miejscowość, 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)