

.....
(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 wspólnika/partnera spółki)

.....
(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 wspólnika/partnera spółki)

.....
(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 wspólnika/partnera spółki)

.....
(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 wspólnika/partnera spółki)

.....
(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 składanie fałszywych oświadczeń.

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

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

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

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)

.....
.....
.....
(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)

.....

.....

(miejscowość, 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 zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

.....

(podpis wspólnika/partnera spółki)