Załącznik Nr 3 do wniosku

**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/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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