**Załącznik nr 1 (art. 100 ust. 2 pkt 5a ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

**Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

**O ś w i a d c z e n i e**

Oświadczam, że wnioskodawca:

* nie jest wpisany do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. działalności leczniczej, ani nie wystąpił z wnioskiem o wpis do tego rejestru (rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą),
* nie prowadzi hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich 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; Prawa farmaceutycznego (Krajowy Rejestr Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi),

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……….………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wnioskodawcy**

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 wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wnioskodawcy**

Oświadczam, że **kontroluję** w sposób bezpośredni lub pośredni następujące podmioty zależne w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (należy podać oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**  
................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e s p ó ł k i**

Oświadczam, że Spółka:

…………………..……………………….……………………. 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 uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e s p ó ł k i**

Oświadczam, że Spółka:

…………………………………………………………………………..………… kontroluje w sposób bezpośredni lub pośredni następujące podmioty zależne w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (należy podać oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1. ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………..………

……………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

4. ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………….………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**  
................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie partnera lub wspólnika spółki**

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)

**Załącznik nr 2 Art. 100 ust. 2 pkt 6 ustawy Prawo farmaceutyczne**  
................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie partnera lub wspólnika spółki**

Oświadczam, że kontroluję w sposób bezpośredni lub pośredni następujące podmioty zależne w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (wspólnik/partner podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………

(podpis wspólnika/partnera)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ …............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wnioskodawcy**

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 wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wnioskodawcy**

Oświadczam, **że jestem członkiem** grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy   
o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkami są następujące podmioty (należy podać oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że Spółka:

…………..…………………………………………………….. **nie jest członkiem** żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………..………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................... (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że Spółka:

……………………………………………………….………... jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkami są następujące podmioty (wnioskodawca podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1. ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………..………

……………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

4. ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………….………………………..……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wspólnika / partnera**

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)

**Załącznik nr 3 (Art. 100 ust. 2 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**Oświadczenie wspólnika / partnera**

Oświadczam, że jestem członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy   
o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkami są następujące podmioty (wspólnik/partner podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibę i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………

(podpis wspólnika/partnera)

**Załącznik nr 4 (art. 99 ust. 3a ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e wnioskodawcy**

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 osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 4 (art. 100 ust. 2 pkt 8 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że Spółka

…………………………………………………………………………….**jest** 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 osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 4 (art. 100 ust. 2 pkt 8 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e wspólnika / partnera**

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)

**Załącznik nr 4 (art. 100 ust. 2 pkt 8 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że Spółka ……………...……………………………………………… **nie jest** wspólnikiem/partnerem żadnych podmiotów, prowadzących apteki ogólnodostępne.

…………………………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 4 (art. 100 ust. 2 pkt 8 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e wspólnika / partnera**

Oświadczam, że **nie jestem** wspólnikiem/partnerem żadnych podmiotów, prowadzących apteki ogólnodostępne.

……………………………………..

(podpis wspólnika/partnera)

**Załącznik nr 5 (art. 100 ust. 2 pkt 10 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e wnioskodawcy**

Oświadczam, że ……………...……………………………………………… **wchodzę /nie wchodzę\*** w skład organów spółek o nr KRS: ……………………… …………………….

posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmujących się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

……….………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 5 (art. 100 ust. 2 pkt 10 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................... (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że Spółka ……………...………………..………………………………………….… **nie wchodzi/wchodzi\*** w skład organów spółek o nr KRS: ……………………….………………

posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmujących się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

……….……………………………….………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 5 (art. 100 ust. 2 pkt 10 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ …........................... (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e wspólnika / partnera**

Oświadczam, że wspólnik/partner\* Spółki

……………...………………………………………………………………………. Pan/Pani\* ……………………………………………. **nie wchodzi/wchodzi\*** w skład organów spółek o nr KRS: ……………………… …………………………………………………..,

posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmujących się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

……….………………………………………..…………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 6 (art. 101 pkt 1 w zw. z 99 ust. 4 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e spółki**

Oświadczam, że przedmiotem działalności spółki jest wyłącznie prowadzenie aptek.

…………………………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 7 (art. 101 pkt 1 w zw. z 99 ust. 4b ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e**

Oświadczam, że jako **wnioskodawca / wspólnik, jestem / nie jestem** lekarzem lub lekarzem dentystą \*

Oświadczam, że jako wnioskodawca / wspólnik **jestem** lekarzem lub lekarzem dentystą **i nie wykonuje** zawodu lekarza\*

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………………..…………………………..

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 8 (art. 101 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e**

Oświadczam, że\*:

* w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **cofnięto / nie cofnięto** wnioskodawcy zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, **cofnięto / nie cofnięto** zezwolenia na prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej,
* wnioskodawca w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **został / nie został** skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi;
* wnioskodawca **posiada / nie posiada** zezwolenia na wytwarzanie lub import produktu leczniczego albo produktu leczniczego weterynaryjnego albo **wystąpił / nie wystąpił** z wnioskiem o wydanie takiego zezwolenia, **prowadzi / nie prowadzi** hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych albo **wystąpił / nie wystąpił** z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie, **zajmuje się / nie zajmuje się**pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi albo **wystąpił / nie wystąpił** z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3, lub **wykonuje działalność leczniczą / nie wykonuje działalności leczniczej** albo **wystąpił / nie wystąpił** z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
* **prowadzi / nie prowadzi** na terenie województwa 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;
* **jest członkiem / nie jest członkiem** grupy kapitałowej w rozumieniu *ustawy z dnia   
  16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz.U. Nr 50 poz. 331   
  z późn. zm.), której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych.
* w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku **nałożono / nie nałożono** na wnioskodawcę kary pieniężnej na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c ustawy - Prawo farmaceutyczne.

**\* niepotrzebne skreślić**

…………………………………………………...………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 9**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e w n i o s k o d a w c y / spółki**

Oświadczam, że na podstawie udzielonych zezwoleń prowadzę/spółka prowadzi\* ……………………………..….. aptek.

(wpisać słownie liczbę aptek)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….………………………………………………………………..

(podpis wnioskodawcy lub

osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 10 (art. 101 pkt 7 ustawy Prawo farmaceutyczne)**

................................................................ ............................ (miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Śląski Wojewódzki Inspektor***

***Farmaceutyczny***

***40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

**O ś w i a d c z e n i e**

Oświadczam, że jako **właściciel / wspólnik / współwłaściciel / członek organu wnioskodawcy\***,   
**zostałem / nie zostałem\*** prawomocnie skazany za przestępstwo, o którym mowa w art. 126b lub art. 126c ustawy Prawo farmaceutyczne.

\*niepotrzebne skreślić

…………………………….…………………………………

(czytelny podpis osoby uprawnione )