

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

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

.....
(miejsowość, 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

.....

.....
(miejsowość, 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):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

.....

.....
(miejsowość, 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

.....

.....
(miejsowość, 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

.....

.....
(miejsowość, 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

.....

.....
(miejsowość, 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):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis wspólnika/partnera)

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

.....

.....
(miejsowość, 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)

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

.....
(miejsowość, 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):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

.....

.....
(miejsowość, data)

.....

.....

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

Oświadczenie 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)

.....

.....
(miejsowość, data)

.....

.....

***Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15***

Oświadczenie 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)

.....

.....

(miejsowość, 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)

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

.....
(miejsowość, 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):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis wspólnika/partnera)

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

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

.....
(miejsowość, 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)

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

.....
(miejsowość, 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)

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

.....
(miejsowość, data)

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

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

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)

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

.....

.....

(miejsowość, 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 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)

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

.....

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

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

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

.....

(podpis współnika/partnera)

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

.....

.....

(miejsowość, 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)

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

.....
(miejsowość, 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 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)

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

.....
(miejsowość, data)

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

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

Oświadczam, że współnik/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)

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

.....
(miejsowość, 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 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)

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

.....
(miejsowość, data)

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

Oświadczenie

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

Oświadczam, że jako wnioskodawca / współnik **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. 1](#) ustawy 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 / s p ó ł k i

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)

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

.....
(miejsowość, data)

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15**

Oświadczenie

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)