|  |
| --- |
| **Fakturační adresa** |
| **Název firmy** |   |
| **Ulice** |   |
| **Město** |   |
| **PSČ** |   |
| **Telefon** |   |
| **Bankovní spojení** |   |
| **IČ** |   |
| **DIČ** |   |
|   |
| **Dodací adresa** |
| **Název lékárny** |   |
| **Kontaktní osoba** |   |
| **Ulice** |   |
| **Město** |   |
| **PSČ** |   |
| **Telefon** |   |

**Souhlasí, že bude odebírat léčivé přípravky, popřípadě léčivé a pomocné látky určené**

**k přípravě (§ 79 odst. 9 zákona č. 378/2007 Sb.), připravené v lékárně:**

***Lékárna Pharmacia, U lékárny 598, Praha 5 – Zbraslav 156 00***

***Provozovatel: Ing Marcela Vičanová, Pod Skalkou 2158/49, Nový Jičín 741 01***

**Podpis a razítko provozovatele (osoby oprávněné za provozovatele jednat):**

**Datum potvrzení „Souhlasu lékárny“:**