|  |  |
| --- | --- |
| **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“:**