……………………………….

Nazwa Apteki

………………………………..

ID Apteki

……………………………….

Adres Apteki

……………………………….

Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Działając w imieniu podmiotu…………………………………..zgłaszam udział   
do szczepień przeciwko GRYPIE apteki ogólnodostępnej położnej w ………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z wymaganiami i przepisami prawa dotyczącymi wykonywania szczepień ochronnych przeciwko GRYPIE, które zostały określone w ogłoszeniu oraz akceptuję je bez zastrzeżeń;
2. Oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w aptece ogólnodostępnej, która posiada ważne zezwolenie na prowadzenie działalności i spełnia wszystkie wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki z dnia 26 września 2002 r. (Dz.U. Nr 161, poz. 1338 ze zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki z dnia 30 września 2002 r. (Dz.U. nr 171, poz. 1395 ze zm.) - **według stanu prawnego na dzień 1 września 2022 r.**
3. Oświadczam, że szczepienia będą wykonywane:

- w pokoju opieki farmaceutycznej,

- w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym.

*(proszę niepotrzebne skreślić lub usunąć)*