

Souhlas lékárny s odebíráním individuálně připravovaných léčivých přípravků

Název a adresa provozovatele (fakturační adresa):	
telefon:	
bankovní spojení:	
IČO:	
DIČ:	
Název a adresa lékárny (dodací adresa):	
Zákaznické číslo Pharmos	
telefon:	
email:	

Výše uvedené zdravotnické zařízení/lékárna

souhlasí s odběrem léčivých přípravků, případně léčivých a pomocných látek určených k přípravě připravené v Lékárně Atrium, Černokostecká 2555/22a, 251 01, Říčany provozovatele Dr. Kulich Pharma s.r.o., Piletická 178/61, 500 03, Hradec Králové, a proto nemá výhrad s uvedením názvu a adresy lékárny v seznamu lékáren v Závazném stanovisku vydaném pro Lékárnu Atrium v souladu s účelem ustanovení §79 odst. 9 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

Datum:

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