

## Załącznik nr 8 – Wykaz osób wyznaczonych do zapewnienia prawidłowego wykonywania umowy

### § 11

#### Osoba wyznaczona do zapewnienia prawidłowego wykonywania umowy

Osobami wyznaczonymi przez Aptekę do zapewnienia prawidłowego wykonywania przez Aptekę postanowień niniejszej umowy są :

Imię i Nazwisko:.....	Imię i Nazwisko:.....
PESEL: .....	PESEL: .....
Wykształcenie:.....	Wykształcenie:.....
Od kiedy zatrudniony:.....	Od kiedy zatrudniony:.....
Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....	Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....
Nr prawa wykonywania zawodu :.....	Nr prawa wykonywania zawodu :.....
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....	Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....
Nazwa organu wydającego:.....	Nazwa organu wydającego:.....

### § 11

#### Osoba wyznaczona do zapewnienia prawidłowego wykonywania umowy

Osobami wyznaczonymi przez Aptekę do zapewnienia prawidłowego wykonywania przez Aptekę postanowień niniejszej umowy są :

Imię i Nazwisko:.....	Imię i Nazwisko:.....
PESEL: .....	PESEL: .....
Wykształcenie:.....	Wykształcenie:.....
Od kiedy zatrudniony:.....	Od kiedy zatrudniony:.....
Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....	Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....
Nr prawa wykonywania zawodu :.....	Nr prawa wykonywania zawodu :.....
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....	Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....
Nazwa organu wydającego:.....	Nazwa organu wydającego:.....

### § 11

#### Osoba wyznaczona do zapewnienia prawidłowego wykonywania umowy

Osobami wyznaczonymi przez Aptekę do zapewnienia prawidłowego wykonywania przez Aptekę postanowień niniejszej umowy są :

Imię i Nazwisko:.....	Imię i Nazwisko:.....
PESEL: .....	PESEL: .....
Wykształcenie:.....	Wykształcenie:.....
Od kiedy zatrudniony:.....	Od kiedy zatrudniony:.....
Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....	Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....
Nr prawa wykonywania zawodu :.....	Nr prawa wykonywania zawodu :.....
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....	Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....
Nazwa organu wydającego:.....	Nazwa organu wydającego:.....

### § 11

#### Osoba wyznaczona do zapewnienia prawidłowego wykonywania umowy

Osobami wyznaczonymi przez Aptekę do zapewnienia prawidłowego wykonywania przez Aptekę postanowień niniejszej umowy są :

Imię i Nazwisko:.....	Imię i Nazwisko:.....
PESEL: .....	PESEL: .....
Wykształcenie:.....	Wykształcenie:.....
Od kiedy zatrudniony:.....	Od kiedy zatrudniony:.....
Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....	Miesięczny średni godzinowy czas pracy:.....
Nr prawa wykonywania zawodu :.....	Nr prawa wykonywania zawodu :.....
Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....	Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:.....
Nazwa organu wydającego:.....	Nazwa organu wydającego:.....