Příloha č. 4 ke Smlouvě č. ....

Seznam smluvních lékáren provozovaných poskytovatelem lékárenské péče IČ ....
v působnosti Regionální pobočky VZP ČR pro ...., uzavřená s účinností od ....

IČZ lékárny	Název lékárny	Doručovací adresa - lékárna	telefon	e-mail	Bankovní spojení lékárna	Odpovědná osoba za lékárnu	Datum od:
Č. smlouvy lék. v IS VZP	Fakturační místo VZP ČR	Doručovací adresa – VZP ČR	telefon	e-mail	Bankovní spojení VZP ČR	Odpovědná osoba za VZP ČR	Datum do:

V .... dne...................

V .... dne ....

razítko a podpis

....

za Poskytovatele

razítko a podpis

....

za Pojišťovnu