

## DEKLARATË

Unë i nënshkruari/a \_\_\_\_\_ administrator/e i/e subjektit farmaceutik \_\_\_\_\_ me NIPT \_\_\_\_\_ dhe adresë në Rr: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, deklaroj se:

- Me tagrin tim si administrator i këtij subjekti nuk do të ndikoj gjatë ushtrimit të veprimtarisë profesionale të drejtuesit teknik apo farmacistit Z/Znj. \_\_\_\_\_ në subjektin farmaceutik të cilin unë administroj, në të kundërt cdo pasojë që mund të lindë për shkak të ndikimit tim në ushtrimin e kësaj veprimtarie me ngarkon mua me përgjegjësi përballë ligjit.

Deklaruesi

\_\_\_\_\_  
(Emri, Miemri, Firma, Vula e farmacisë)