

**NACZELNY INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY  
WOJSKA POLSKIEGO**

(stopień wojskowy, imię i nazwisko)

**Z upoważnienia  
NACZELNEGO INSPEKTORA FARMACEUTYCZNEGO  
WOJSKA POLSKIEGO**

(stopień, imię i nazwisko, stanowisko)



**WOJSKOWY  
OŚRODEK MEDYCyny PREWENCYJNEJ  
.....(siedziba)  
WOJSKOWA INSPEKCJA FARMACEUTYCZNA**

**Z upoważnienia  
SZEFA ZESPOŁU  
NADZORU FARMACEUTYCZNEGO  
Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej**

.....  
(siedziba)

(stopień wojskowy, imię i nazwisko,  
stanowisko)

**ZASTĘPCA  
NACZELNEGO INSPEKTORA FARMACEUTYCZNEGO  
WOJSKA POLSKIEGO**

(stopień wojskowy, imię i nazwisko)

**WOJSKOWY INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY  
Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej**

.....  
(siedziba)

(stopień wojskowy, imię i nazwisko)

**SZEF ZESPOŁU  
NADZORU FARMACEUTYCZNEGO  
Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej**

.....  
(siedziba)

(stopień, imię i nazwisko)