**Załącznik Nr 5**

**do umowy Nr …....**

**z dnia …………. roku……..**

zawartej pomiędzy:

**Miastem Piotrków Trybunalski z** siedzibą w Piotrkowie Trybunalskim przy ul. Pasaż Karola Rudowskiego 10, 97-300 Piotrków Trybunalski

reprezentowanym przez:

**Pana Piotra Kulbata – II Zastępcę Prezydenta Miasta Piotrkowa Trybunalskiego,**

a

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

reprezentowana przez:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### WYKAZ APTEK, KTÓRE WYRAZIŁY ZGODĘ NA UMIESZCZENIE POJEMNIKA

### NA PRZETERMINOWANE LEKI ODBIERANE OD MIESZKAŃCÓW MIASTA

### PIOTRKOWA TRYBUNALSKIEGO

**SEKTOR III**

### 1. APTEKA PRIMA ul. Słowackiego 155/157, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 2. APTEKA NA ZDROWIE! ul. Łódzka 60C, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 3. APTEKA DR MAX ul. Wojska Polskiego 121, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 4. APTEKA Z UŚMIECHEM ul. Szkolna 37, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 5. APTEKA DIAFARM ul. Wyspiańskiego 14, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 6. APTEKA VITA ul. Wojska Polskiego 137/139, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 7. APTEKA ul. Łódzka 21, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 8. APTEKA Dbam o Zdrowie, 97-300 Piotrków Trybunalski, ul. Polna 13/13a