**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 II**

### 1. APTEKA DIAFARM ul. Dmowskiego 47, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 2. APTEKA MEDIQ ul. Sikorskiego 13/17, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 3. APTEKA DBAM O ZDROWIE ul. Baczyńskiego 2a, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 4. APTEKA PRIMA ul. Belzacka 69, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 5. APTEKA STYLOWA ul. Młynarska 2, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 6. APTEKA STYLOWA 3 ul. Słowackiego 97/106, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 7. APTEKA PRZYJAZNA ul. Dmowskiego 38, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 8. APTEKA STYLOWA 2 ul. Słowackiego 138A, 97-300 Piotrków Trybunalski