**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 I**

### 1. APTEKA FARMA ul. Leonarda 13/17, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 2. APTEKA PRIMA ul. Leonarda 13/17, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 3. APTEKA JACEK DUDEK ul. Słowackiego 21, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 4. APTEKA NA STARÓWCE 2 Rynek Trybunalski 3, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 5. APTEKA DBAM O ZDROWIE ul. Garbarska 10/12, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 6. APTEKA STYLOWA 5 ul. Garbarska 26/28, 97-300 Piotrków Trybunalski

### 7. APTEKA PRZYJAZNA ul. Rzemieślnicza 33, 97-300 Piotrków Trybunalski