

Nr umowy:

.....
miejscowość, data

Kod oddziału wojewódzkiego:

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny¹:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego¹:

Nazwa

Adres:

Kod apteki/punktu aptecznego¹:

**Wniosek w sprawie podpisania aneksu do umowy na realizację recept
w związku ze zmianą na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego¹**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr, zawartej dnia

....., zmieniającego osobę pełniącą funkcję na stanowisku kierownika

Apteki/Punktu Aptecznego.

Oświadczam, że od dnia kierownikiem Apteki / Punktu Aptecznego¹ jest

Pani/Pan¹:

.....

Numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty²:

.....

Numer PESEL:

.....

.....
Podpis/y i pieczęć osoby reprezentującej
podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny

W załączeniu¹:

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty/dyplomu technika farmacji
2. Kserokopia pisma WIF potwierdzającego zmianę na stanowisku kierownika apteki apteki/punktu aptecznego
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku
4. Wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisujących wniosek
5. Wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania w trakcie trwania umowy na realizację recept
6. Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego
7. Upoważnienie do podpisywania zbiorczych zestawień recept
8. Oświadczenie dotychczasowego kierownika o dacie rezygnacji z funkcji

¹ Niepotrzebne skreślić

² Nie dotyczy technika farmaceutycznego