

.....
Miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki:

**Wniosek w sprawie podpisania aneksu do umowy na realizację
recept w związku ze zmianą danych podmiotu prowadzącego
aptekę/punkt apteczny**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia
....., zmieniającego dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny.

Oświadczam, że podmiotem prowadzącym aptekę/punkt apteczny jest:

Nazwa:

Adres:

Nr NIP:

Nr REGON:

KRS/wpis do CEIDG:

Osoby reprezentujące (zgodnie z wpisem w KRS lub umową spółki cywilnej lub udzielonym
pełnomocnictwem):.....
.....

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

W załączeniu:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku
2. Wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisujących wniosek
3. Wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania w trakcie trwania umowy na realizację recept
4. Decyzja zmieniająca zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego
5. KRS lub zaświadczenie o wpisie do CEIDG lub REGON
6. Umowa spółki cywilnej
7. Pełnomocnictwo