

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:
Adres:
NIP: REGON:

.....
miejscowość, data

Dane apteki:

Nazwa:
Adres:
Kod apteki:

WNIOSEK O ANEKS W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ DANYCH APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr.....,
zawartej dnia, zmieniającego dane apteki / punktu
aptecznego.

DANE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ / PUNKT APTECZNY:

Nazwa:
Siedziba i adres:

EDG (CEIDG) / KRS¹: z dnia

Telefon/Fax: E-mail:

Osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę / punkt apteczny:

Imię i nazwisko: PESEL:

Imię i nazwisko: PESEL:

Nazwa apteki:

Adres apteki:

Decyzja o zmianie zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego:

Znak: z dnia

.....
Podpis/y i pieczęć podmiotu prowadzącego
aptekę/punkt apteczny

Załączniki:

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.
3. Oświadczenie podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny o nieodwoływaniu się od decyzji zmieniającej zezwolenie.
4. Wzór podpisu i parafy osób podpisujących aneks.
5. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.
6. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.

¹ Niepotrzebne skreślić