.....
Miejscowość, data

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:
Nazwa: …….....

Adres: …….....

Nr telefonu: …….....

Nr NIP: …….....

Nr REGON: …….…….....

Dane apteki/punktu aptecznego
Nazwa: …….....

Adres: …….....

Kod ewidencyjny apteki: .....

WNIOSEK O ZAWARCIE ANEKSU DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ NAZWISKA KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Informuję, że kierownikiem apteki/punktu aptecznego **od dnia** ..... roku jest:

Pani/Pan .....

PESEL: .....

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty: .....
uzupełnić w przypadku magistra farmacji

numer dyplom ukończenia szkoły :.....
uzupełnić w przypadku technika farmaceutycznego

W związku z powyższym wnoszę o zawarcie aneksu do umowy na realizację recept numer ..... zawartej dnia..... roku. Za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy SZOI wygenerowano wniosek o zmianę danych podmiotu o numerze ..... .

WZÓR PODPISU I PARAFY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....

Podpis i pieczęć
Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny

Załączniki:

1. **Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.**
2. **Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.**
3. **Wzór podpisu i parafy osób podpisujących aneks.**
4. **Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących podmiot prowadzący aptekę.**
5. **Kopia prawa wykonywania zawodu nowego kierownika apteki/punktu aptecznego.**
6. **Kopia dyplomu ukończenia szkoły (w przypadku technika farmaceutycznego).**