

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w zgłoszeniu zmiany osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych na receptę dla celów związanych z realizacją tej umowy.

.....
Podpis/y i pieczęć
Osoby reprezentującej wnioskującego