

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

NIP: REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Kod ewidencyjny apteki:

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

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

Pani/Pan **PESEL:**

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty: (w przypadku magistra farmacji)

numer dyplom ukończenia szkoły : (w przypadku technika farmaceutycznego)

Dotychczasowy kierownik apteki Pani/Pan przestał pełnić funkcję
kierownika apteki w dniu..... roku.

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
NOWEGO 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. Oświadczenie o spełnianiu warunków do pełnienia funkcji kierownika apteki/punktu aptecznego.
4. Oświadczenie dotychczasowego kierownika apteki/punktu aptecznego o zakończeniu pełnienia funkcji.
5. Wzór podpisu i parafy osób podpisujących aneks.
6. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących podmiot prowadzący aptekę.
7. Kopia prawa wykonywania zawodu nowego kierownika apteki/punktu aptecznego – poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
8. Kopia dyplomu ukończenia szkoły (w przypadku technika farmaceutycznego) – poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący punkt apteczny.

Numer umowy:

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku o zawarcie aneksu do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych na receptę i załącznikach do wniosku oraz ich wydrukach dla celów związanych z zawarciem aneksu do umowy.
2. Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane we wniosku o zawarcie aneksu do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę i załącznikach do wniosku oraz ich wydrukach zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

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

.....
Podpis/y i pieczęć
Kierownika apteki/ punktu aptecznego

OŚWIADCZENIE NOWEGO KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

3. Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-3 lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

.....
Podpis/y i pieczęć
Kierownika apteki/ punktu aptecznego

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

**OŚWIADCZENIE
O ZAKOŃCZENIU PEŁNIENIA FUNKCJI KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

4. Oświadczam, że funkcję kierownika w aptece/punkcie aptecznym

.....
.....

(nazwa i adres apteki/punktu aptecznego)

pełniłam/-em od dnia roku do dnia roku włącznie.

Jednocześnie oświadczam, że w tych dniach nie pełniłam/-em funkcji kierownika w innej aptece.

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

.....
Podpis/y i pieczęć
Kierownika apteki/ punktu aptecznego

Numer umowy:

**WZORY PODPISÓW I PARAF
OSÓB PODPISUJĄCYCH ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT ¹**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ Wypełniają osoby upoważnione do podpisania aneksu po stronie podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny zgodnie z wpisem do KRS lub innym aktualnym pełnomocnictwem do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny oraz kierownik apteki/punktu aptecznego.

**WZORY PODPISÓW I PARAF
OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT
APTECZNY ²**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

² Wypełniają osoby, które zgodnie z wpisem do KRS lub innym aktualnym pełnomocnictwem są uprawnione do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny.