

.....
Miejscowość, data

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 NAZWISKA KIEROWNIKA
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że 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)

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

* należy podać datę dokonania adnotacji w PWZ o zmianie nazwiska farmaceuty lub w przypadku technika farmaceutycznego datę wydania innego dokumentu poświadczającego zmianę nazwiska

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. Kopia prawa wykonywania zawodu nowego kierownika apteki/punktu aptecznego – poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
5. 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

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.