

.....
Miejscowość, data

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny: (zawarte w umowie z NFZ)

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 DANYCH
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

W związku z decyzją Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego znak: z dnia..... wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia, zmieniającego dane apteki / punktu aptecznego.

NOWE DANE APTEKI / PUNKTU APTECZNEGO:

Nazwa apteki:

Adres apteki:

Telefon/Fax: E-mail:

Osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę / punkt apteczny:

Imię i nazwisko: PESEL:

Imię i nazwisko: PESEL:

.....
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/punkt apteczny.

.....
Miejscowość, data

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 PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY

3. Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego: znak z dnia roku stała się/stanie się ostateczna¹ w dniu roku.

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

¹ 14 dni kalendarzowych liczonych od daty doręczenia decyzji podmiotowi prowadzącemu aptekę/punkt apteczny.

.....
Miejscowość, data

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.