

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

**DANE ZBYWCY:**

Nazwa: .....

Adres: .....

NIP: ..... REGON: .....

**DANE APTEKI / PUNKTU APTECZNEGO:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Kod ewidencyjny apteki: .....

**WNIOSEK O ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT  
W ZWIĄZKU Z PRZENIESIENIEM ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE  
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Zgodnie z decyzją Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o przeniesieniu zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego:

Znak:..... z dnia ..... wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia ....., zmieniającego dane podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny.

**NOWE DANE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ / PUNKT APTECZNY:**

Nazwa: .....

Siedziba i adres: .....

NIP.....REGON.....

EDG (CEIDG) / KRS: ..... z dnia .....

Telefon/Fax: ..... E-mail: .....

Osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę / punkt apteczny:

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Nazwa apteki:.....

Adres apteki: .....

Telefon/Fax: ..... E-mail: .....

.....  
Podpis i pieczęć zbywcy

.....  
Podpis/y i pieczęć nabywcy

**Załączniki:**

1. Oświadczenia i wzory podpisów.
2. Oświadczenie nabywcy i zbywcy.
3. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę obecnie reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

### OŚWIADCZENIA I WZORY PODPISÓW

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 dla celów związanych z zawarciem tego 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 i pieczęć zbywcy

.....  
Podpis/y i pieczęć nabywcy

<b>WZORY PODPISÓW I PARAF OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA NABYWCY W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ UMOWY ORAZ KIEROWNIKA APTEKI/PUNKU APTECZNEGO</b>			
<b>L. p.</b>	<b>Czytelnie imię i nazwisko</b>	<b>Podpis</b>	<b>Parafa</b>

## OŚWIADCZENIE ZBYWCY

Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:  
znak ..... z dnia ..... roku  
stała się/stanie się ostateczna<sup>1</sup> w dniu ..... roku.

.....  
Podpis/y i pieczęć zbywcy

## OŚWIADCZENIE NABYWCY

Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:  
znak ..... z dnia ..... roku  
stała się/stanie się ostateczna<sup>1</sup> w dniu ..... roku.

.....  
Podpis/y i pieczęć nabywcy

---

<sup>1</sup> 14 dni kalendarzowych liczonych od otrzymania decyzji.