

**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. Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie odpowiedzialności karnej..
3. Wzory podpisów.
4. Oświadczenie nabywcy i zbywcy.
5. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę obecnie reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.

**Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku**

Miejscowość, data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego:.....

Dane Wnioskującego:.....

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Dane apteki:.....

Nazwa: .....

Adres: .....

Numer identyfikacyjny apteki: .....

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych<sup>1)</sup> oraz zobowiązuję się do zapoznania z nią wszystkich osób, których dane są wymienione we wniosku o zawarcie umowy na realizację recept.

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

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

*1)1Administratorem Danych Osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa NFZ. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych NFZ w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym powyżej celu Wnioskodawcy przysługuje prawo do: dostępu; sprostowania; usunięcia (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia; sprzeciwu (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody); wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z ww. praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez NFZ dostępna jest w siedzibach Oddziału oraz pod adresem: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/).*

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

### OŚWIADCZENIE

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  
Zbywcy

.....  
Podpis/y i pieczęć  
Nabywcy

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

| <b>L. p.</b> | <b>Czytelnie imię i nazwisko</b> | <b>Podpis</b> | <b>Parafa</b> |
|--------------|----------------------------------|---------------|---------------|
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |

.....  
Miejscowość, data

### 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.