

.....  
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 w związku ze zmianą nazwiska kierownika apteki/punktu aptecznego z dniem.....\* 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 dokumentu poświadczającego zmianę nazwiska.

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Wzór podpisu i parafy osób podpisujących aneks.
3. Kopia strony prawa wykonywania zawodu z wpisem nazwiska poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.

**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) Administratorem 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: .....

**WZORY PODPISÓW I PARAF  
OSÓB PODPISUJĄCYCH ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT <sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup> 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.