

.....
Pieczętka firmowa apteki Numer ewidencyjny apteki - **08R/60**.....

1.

Nazwa apteki

Adres ulica : nr:

kod pocztowy :

miejsowość : poczta

2. **Zezwolenie / koncesja nr** **z dnia**

Telefon **Fax**

e-mail **służbowy/prywatny** *niepotrzebne skreślić

Czy w aptece jest bezpośredni dostęp do Internetu? **Tak / NIE** *niepotrzebne skreślić

Regon - 00..... *wypełnia OOW NFZ

NIP

Wzór podpisu

3. **Kierownik**

Właściciele apteki: *dane zgodne z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS (osoby upoważnione do reprezentowania)

Imię i nazwisko

Wzór podpisu

.....

4. **Organ założycielski:** KRS nr z dnia

wpis do ew.dział.gosp.nr z dnia

..... z dnia

..... z dnia

rodzaj działalności (spółka): * kod organu założycielskiego

Nazwa firmy:

Siedziba firmy: ulica : nr:

kod pocztowy :

miejsowość : poczta

Telefon **Fax**

e-mail

5. Nazwa na jaką otworzone jest konto w banku

Nazwa banku, w którym otworzone jest konto

Numer konta

W przypadku zmiany numeru konta bankowego, podstawę przelania pieniędzy na nowy numer stanowi odrębny wniosek z apteki (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 89/2009/BK z dnia 18 grudnia 2009 r.)

6. Osoby upoważnione do podpisywania zestawień refundacyjnych:
(oprócz właściciela i kierownika)

Imię i nazwisko

Wzór podpisu

| | |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

W załączeniu proszę przekazać kserokopie następujących dokumentów:

KONCESJA / ZEZWOLENIE

NIP ; REGON

zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej / KRS

W przypadku jakiegokolwiek zmiany zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania na piśmie nowych danych do Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kk. i innych, związanych ze składaniem fałszywych oświadczeń.

.....
data sporządzenia

.....
pieczęć i podpis właściciela lub osoby reprezentującej
(zgodny z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS)

