

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

Nazwa apteki

Adres ulica :

kod pocztowy :

miejsowość :

Numer koncesji

Telefon

e-mail

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

Regon - 00....

NIP

Wzór podpisu

Kierownik

Osoby reprezentujące aptekę (właściciele):

Imię i nazwisko

Wzór podpisu

.....

.....

.....

.....

.....

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 (www.nfz.gov.pl Uchwała Zarządu NFZ z 18 marca 2004 nr 80/2004)

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

Imię i nazwisko

Wzór podpisu

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osoby upoważnione do odbioru zestawień refundacyjnych i dyskietek:

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego

.....
.....
.....
.....
.....
.....

W załączeniu proszę przekazać kserokopie następujących dokumentów:

KONCESJA / ZEZWOLENIE

NIP ; REGON

zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej

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

.....
data sporządzenia

.....
pieczętka i podpis osoby reprezentującej aptekę