

Nr umowy:.....

....., dnia.....

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 08

Dane Wnioskującego (Podmiotu prowadzącego Aptekę)

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:.....

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki:

**Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny w sprawie
podpisania aneksu do umowy**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr.....,
zawartej dnia r., zmieniającego osobę pełniącą funkcję na
stanowisku kierownika Apteki.

Oświadczam, że od dniar. kierownikiem Apteki jest Pani/Pan:

.....

Numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:.....

Numer PESEL:.....

.....
Podpis/y i pieczęć
Podmiotu prowadzącego aptekę

W załączeniu:

- 1.Kopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty/dyplomu technika farmacji
- 2.Kopia wniosku do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, dotyczącego zgłoszenia zmiany kierownika apteki wraz z jego potwierdzeniem dostarczenia do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego
- 3.Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku
- 4.Wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisujących wniosek
- 5.Wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania w trakcie trwania umowy na realizację recept
- 6.Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego