

.....  
miejsowość, data

**Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:**

Nazwa: .....  
Adres: .....  
Nr telefonu: .....  
Nr NIP: .....  
Nr REGON: .....

**Dane apteki:**

Nazwa: .....  
Adres: .....

Nr ewidencyjny apteki: 08R/60.....

**Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny  
w sprawie rozwiązania umowy**

Wnoszę o rozwiązanie umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę nr ....., zawartej dnia .....

Oświadczam, że decyzję nr ..... z dnia .....  
Opolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego stwierdzającą cofnięcie/uchylenie/stwierdzenie wygaśnięcia <sup>(niepotrzebne skreślić)</sup> zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego (adres apteki/punktu aptecznego) .....  
otrzymałam/em w dniu ..... Nie złożono odwołania od w/w decyzji.

Apteka/Punkt apteczny została/ł zamknięta/y dla pacjentów w dniu.....

Pan/i .....zakończył/a pełnienie funkcji kierownika w dniu .....

Oświadczam, że wszystkie szablony zostały przekazane do rozliczenia do OOW NFZ, apteka nie będzie wnioskowała o otwarcie okresów refundacyjnych celem złożenia korekt. Ostatnie zestawienie za okres refundacyjny .....  
złożono w dniu .....

Informuję, że recepty z w/w apteki/punktu aptecznego będą przechowywane pod adresem:

.....

Osobą wskazaną do kontraktu w sprawie przechowywanych recept jest:

..... (imię i nazwisko)

Dane do kontaktu po rozwiązaniu umowy na refundację recept:

Nr telefonu .....

Adres do korespondencji : .....

Adres e-mail : .....

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w przypadku zmiany, wskazanych powyżej, danych dotyczących przechowywania recept.

.....  
Podpis/y i pieczęć

Podmiotu prowadzącego aptekę