Kod Oddziału Wojewódzkiego:08

.....
miejscowość, 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 Opolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego stwierdzającą wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego (adres apteki/punktu aptecznego) …….
…… prześlę niezwłocznie po jej otrzymaniu.

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

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 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 Odział Wojewódzki NFZ w przypadku zmiany, wskazanych powyżej, danych dotyczących przechowywania recept.

……

Podpis/y i pieczęć

Podmiotu prowadzącego aptekę