

Nr umowy:

.....
miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny¹:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego¹:

Nazwa

Adres:

Kod apteki/punktu aptecznego¹:

Nr telefonu apteki:

**Wniosek w sprawie podpisania aneksu do umowy na realizację recept
w związku ze zmianą na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego¹**

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

Oświadczam, że od dnia kierownikiem Apteki / Punktu Aptecznego¹ jest
Pani/Pan¹:

.....

Numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty²:

.....

Numer PESEL:

.....

.....
Podpis/y osoby reprezentującej podmiot
prowadzący aptekę/punkt apteczny

W załączeniu¹:

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty/dyplomu technika farmacji
2. Kserokopia wniosku złożonego do WIF potwierdzającego przyjęcie informacji o zmianie przez WIF albo kserokopia pisma WIF potwierdzającego zmianę na stanowisku kierownika apteki apteki/punktu aptecznego
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. Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego
5. Pełnomocnictwo/upoważnienie do podpisywania zbiorczych zestawień recept
6. Oświadczenie dotychczasowego kierownika o dacie rezygnacji z funkcji

¹ Niepotrzebne skreślić

² Nie dotyczy technika farmaceutycznego