

.....
Miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki:

Nr telefonu apteki:

**Wniosek w sprawie podpisania aneksu do umowy na realizację recept
w związku ze zmianą nazwy/adresu apteki/punktu aptecznego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia
....., zmieniającego nazwę/adres apteki/punktu aptecznego.

Oświadczam, że decyzją Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Łodzi zmieniona została
nazwa/adres apteki/punktu aptecznego.

Nowa nazwa apteki/punktu aptecznego:

.....

Nowy adres apteki/punktu aptecznego:

.....

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

W załączeniu:

1. Decyzja zmieniająca zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego