

.....
Miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki:

Nr telefonu apteki:

Adres mailowy do doręczania korespondencji dot. działu IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*jeżeli uległ zmianie*):

**Wniosek w sprawie podpisania aneksu do umowy na realizację
recept w związku ze zmianą danych podmiotu prowadzącego
aptekę/punkt apteczny**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia
....., zmieniającego dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny.

Oświadczam, że podmiotem prowadzącym aptekę/punkt apteczny jest:

Nazwa:

Adres:

Nr NIP:

Nr REGON:

KRS/wpis do CEIDG:

Osoby reprezentujące (*zgodnie z wpisem w KRS lub umową spółki cywilnej lub udzielonym
pełnomocnictwem*):.....
.....

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

W załączeniu:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku
2. Decyzja zmieniająca zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego
3. KRS lub wpis do rejestru CEIDG lub REGON
4. Umowa spółki cywilnej
5. Pełnomocnictwo