

.....
Miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

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

Dane apteki:

Nazwa:
Adres:
Kod 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 zmieniona została
nazwa/adres apteki/punktu aptecznego*.

Nowa nazwa apteki/punktu aptecznego* od dnia.....:

.....
.....

Nowy adres apteki/punktu aptecznego* od dnia.....:

.....
.....

.....
Podpis/y 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. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy)

- Niepotrzebne wykreślić