…………………………………….

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 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\* od dnia….………….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 dot. przetwarzania danych**

**2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji**

**3. Decyzja zmieniająca zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę**

**4. Wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisujących wniosek**

**5. Wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania w trakcie trwania umowy na realizację recept**

**6. Umowa spółki cywilnej (jeśli dotyczy)**

**7. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy)**