…………………………………….

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 na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego\***

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 Aptecznego\* jest Pan/Pani\*:

........................................................................................................

(imię i nazwisko)

Numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty[[1]](#endnote-1) :………………………..…………

Numer PESEL: .....................................................................................

………………...........………………….……………………

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. Kserokopia pisma WIF potwierdzającego zmianę na stanowisku kierownika apteki 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. Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji kierownika apteki/punktu aptecznego**

**7. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty/dyplomu technika farmacji potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę**

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

1. Nie dotyczy technika farmaceutycznego

   \* Niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)