…………………………………….

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 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. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy)**