

.....
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 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 zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę
3. Umowa spółki cywilnej (jeśli dotyczy)
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy)

- Niepotrzebne wykreślić