

.....
Miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

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

Dane apteki:

Nazwa:
Adres:
Kod apteki (SZOI):

**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 farmaceuty¹ :.....

Numer PESEL:

.....
Podpis/y osoby reprezentującej podmiot
prowadzący aptekę/punkt apteczny

W załączeniu:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych
2. Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnieniu wymagań do pełnienia funkcji kierownika apteki/punktu aptecznego

¹ Nie dotyczy technika farmaceutycznego

* Niepotrzebne skreślić

3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty/dyplomu technika farmacji potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę
4. Kopia wniosku do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczącego zgłoszenia zmiany kierownika wraz z dokumentem potwierdzającym jego przekazanie potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy).