

.....
Miejscowość, data

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego

Nazwa:

Adres:

Kod ewidencyjny apteki:

Adres email:

**WNIOSEK O ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT W ZWIĄZKU
ZE ZMIANĄ NUMERU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY
NA STANOWISKU KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

W uwagi na zmianę numeru prawa wykonywania zawodu farmaceuty :

Pani/Pan

PESEL:

Zaktualizowany numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:

.....
magister farmacji

W związku z powyższym wnoszę o zawarcie aneksu do umowy na realizację recept numer zawartej dnia..... roku.

Za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy SZOI wygenerowano wniosek o zmianę danych podmiotu o numerze

.....
Podpis i pieczęć
Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt
apteczny

.....
Podpis i pieczęć
Kierownika apteki

Załącznik:

1. Kopia prawa wykonywania zawodu kierownika apteki/punktu aptecznego (KOPIA POTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM).