

Nr umowy:

.....

miejsowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny w sprawie podpisania aneksu do umowy

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:

.....
Numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:

.....
Nr PESEL:

.....

.....

Podpis/y i pieczęć
Podmiotu prowadzącego aptekę

W załączeniu:

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty, dyplomu.
2. Kopia wniosku do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczącego zgłoszenia zmiany kierownika apteki wraz z jego potwierdzeniem dostarczenia do WIF.
3. Zał. nr 1 Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku.
4. Zał. nr 3 Oświadczenie kierownika apteki.