**Wniosek**

**podmiotu prowadzącego aptekę**

**w sprawie podpisania aneksu do umowy**

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 09 …………....….………………….…..

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę: miejscowość, data

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

**Numer identyfikacyjny apteki: 09R/20**

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 Pani/Pan:

Numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:

Numer PESEL:

………………….……………………

Podpis/y i pieczęć

Podmiotu prowadzącego aptekę

**W załączeniu:**

**1. Kopia prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

**2. Kopia wniosku do właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego dotyczącego zgłoszenia zmiany kierownika apteki wraz z dokumentem potwierdzającym jego przekazanie do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego**

**3. Zał. 1 Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych**

**4. Zał. 4 Oświadczenie kierownika apteki**