

**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