

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

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa: miejscowość, data

Adres:

NIP: REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Numer identyfikacyjny apteki: 09R/

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr.....,
zawartej dnia, zmieniającego dane dotyczące apteki/punktu
aptecznego lub podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny – **nowe dane:**

Nazwa Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Adres Podmiotu:

CEIDG / KRS¹: z dnia

Osoby reprezentujące Podmiot (podpisujące aneks):

..... PESEL:

..... PESEL:

..... PESEL:

Nazwa apteki:

Adres apteki:

Zezwolenie oraz decyzje do zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego:

Nr z dnia

Nr z dnia

Nr z dnia

W załączeniu:

.....
Podpis/y i pieczęć Podmiotu prowadzącego aptekę

Kserokopie dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem przez podmiot:

- KRS / CEIDG

- Zezwolenie oraz decyzje do zezwolenia na prowadzenie apteki

¹ Niepotrzebne skreślić