

Data: .....

Dane Wnioskującego – podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa: .....

Adres: .....

Numer telefonu: .....

Dane Apteki:

Nazwa: .....

Adres: .....

Kod Apteki: 13000.....

**Informacja dotycząca zakończenia umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę**

W związku z zamknięciem apteki/punktu aptecznego z dniem ..... przekazuję, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz.U. z 2021 r. poz. 337), adres przechowywania recept przez okres 5 lat, liczonych od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła refundacja:

Miejsce przechowywania recept	
Nazwa/Imię i nazwisko <sup>1</sup>	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	

<sup>1</sup> - nazwa miejsca przechowywania recept, np. nazwa apteki, nazwa firmy lub, w przypadku osoby fizycznej, imię i nazwisko.

Dodatkowo przekazuję dane osoby reprezentującej podmiot prowadzący aptekę (lub osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności tej osoby) zgodnie z art. 47a ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523):

Dane dotyczące osoby reprezentującej podmiot prowadzący aptekę lub osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności tej osoby	
Typ osoby <sup>2</sup>	
Imię i nazwisko	
Adres do korespondencji - miejscowość	
Adres do korespondencji - kod pocztowy	
Adres do korespondencji - ulica	
Adres do korespondencji - numer domu	
Adres do korespondencji - numer lokalu	
Numer telefonu	

<sup>2</sup> - osoba reprezentująca podmiot lub osoba upoważniona do wydania recept

Jednocześnie zobowiązuję się do powiadamiania o każdej zmianie danych osoby upoważnionej do wydawania recept w terminie 7 dni od dnia, w którym dane te uległy zmianie.

.....  
*Podpis/y i pieczęć*  
*osoby reprezentującej Wnioskującego*