**Wniosek o aneks do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę w związku ze zmianą kierownika apteki/punktu aptecznego**

.........................................................

*Miejscowość, data*

**Numer identyfikacyjny apteki/punktu aptecznego……………………….**

**Kod Oddziału Wojewódzkiego: 13**

**Dane Wnioskującego:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**Dane apteki:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Oświadczam, że kierownikiem apteki/punktu aptecznego od dnia ……………………………. będzie

*(data objęcia funkcji)*

Pan/Pani…………………………………….………

*(imię i nazwisko)*

PESEL:…………...................................................

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY: …………….….......……….….

Złożono wniosek elektroniczny za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy.

**Załączniki do wniosku:**

1. kserokopia dokumentów uprawniających Kierownika apteki/punktu aptecznego do pełnienia tej funkcji (kopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego)
2. kserokopia dowodu osobistego Kierownika apteki/punktu aptecznego

..................................................................................

*Podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania*

*podmiotu prowadzącego aptekę*