

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

DANE ZBYWCY:

Nazwa:

Adres:

NIP: REGON:

DANE APTEKI / PUNKTU APTECZNEGO:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Kod ewidencyjny apteki:

**WNIOSEK O ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT
W ZWIĄZKU Z PRZENIESIENIEM ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Zgodnie z decyzją Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o przeniesieniu zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego:

Znak:..... z dnia wnoszę
o podpisanie aneksu do umowy nr....., zawartej dnia
....., zmieniającego dane podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny.

NOWE DANE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ / PUNKT APTECZNY:

Nazwa:

Siedziba i adres:

NIP.....REGON.....

EDG (CEIDG) / KRS: z dnia

Telefon/Fax: E-mail:

Osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę / punkt apteczny:

Imię i nazwisko: PESEL:

Imię i nazwisko: PESEL:

Nazwa apteki:.....

Adres apteki:

Telefon/Fax: E-mail:

.....
Podpis i pieczęć zbywcy

.....
Podpis/y i pieczęć nabywcy

Załączniki:

1. Oświadczenia i wzory podpisów.
2. Oświadczenie nabywcy i zbywcy.
3. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę obecnie reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

OŚWIADCZENIE I WZORY PODPISÓW

2. Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane we wniosku o zawarcie aneksu do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę i załącznikach do wniosku oraz ich wydrukach zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

.....
Podpis i pieczęć zbywcy

.....
Podpis/y i pieczęć nabywcy

WZORY PODPISÓW I PARAF OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA NABYWCY W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ UMOWY ORAZ KIEROWNIKA APTEKI/PUNKU APTECZNEGO			
L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

OŚWIADCZENIE ZBYWCY

Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:
znak z dnia roku
stała się/stanie się ostateczna¹ w dniu roku.

.....
Podpis/y i pieczęć zbywcy

OŚWIADCZENIE NABYWCY

Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:
znak z dnia roku
stała się/stanie się ostateczna¹ w dniu roku.

.....
Podpis/y i pieczęć nabywcy

¹ 14 dni kalendarzowych liczonych od otrzymania decyzji.

Numer umowy:

.....
Miejscowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w NFZ umieszczoną poniżej.

.....
Podpis/y zbywcy

.....
Podpis/y nabywcy

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Rakowieckiej 26/30, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym może Pan/i kontaktować się listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30, za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrała/SkrytkaESP oraz e-mailem: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl .

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Narodowym Funduszu Zdrowia: iod@nfz.gov.pl

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.).

Podanie przez Pana/i danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.