

.....  
Miejscowość, data

**Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:** (zawarte w umowie z NFZ)

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

NIP: ..... REGON: .....

**Dane apteki/punktu aptecznego:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Kod ewidencyjny apteki: .....

**WNIOSEK O ZAWARCIE ANEKSU  
DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ DANYCH PODMIOTU  
PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

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:.....TEL:.....

Imię i nazwisko:.....PESEL:.....TEL:.....

Nazwa apteki: .....

Adres apteki: .....

Telefon/Fax: ..... E-mail: .....

Decyzja o zmianie zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego:

Znak: ..... z dnia .....

.....  
Podpis/y i pieczęć podmiotu prowadzącego  
aptekę/punkt apteczny

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.
3. Oświadczenie podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny o nieodwoływaniu się od decyzji zmieniającej zezwolenie.
4. Wzór podpisu i parafy osób podpisujących aneks.
5. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.
6. Kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

### OŚWIADCZENIE

1. 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/y i pieczęć  
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....  
Podpis/y i pieczęć  
Kierownika apteki/ punktu aptecznego

### OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY

2. Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego: znak ..... z dnia ..... roku stała się/stanie się ostateczna<sup>1</sup> w dniu ..... roku.

.....  
Podpis/y i pieczęć  
Osoby reprezentującej wnioskującego

---

<sup>1</sup> 14 dni kalendarzowych liczonych od daty doręczenia decyzji podmiotowi prowadzącemu aptekę/punkt apteczny.

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

**WZORY PODPISÓW I PARAF  
OSÓB PODPISUJĄCYCH ANEKS DO UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT<sup>1</sup>**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

<sup>1</sup> Wypełniają osoby upoważnione do podpisania aneksu po stronie podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny zgodnie z wpisem do KRS lub innym aktualnym pełnomocnictwem do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny oraz kierownik apteki/punktu aptecznego.

**WZORY PODPISÓW I PARAF  
OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO  
APTEKĘ/PUNKT APTECZNY<sup>2</sup>**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

<sup>2</sup> Wypełniają osoby, które zgodnie z wpisem do KRS lub innym aktualnym pełnomocnictwem są uprawnione do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny.

Numer umowy: .....

.....  
Miejscowość, data

## Oświadczenie

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

.....  
Podpis/y i pieczęć Osoby reprezentującej  
wnioskującego

.....  
Podpis i pieczęć kierownika apteki/  
punktu aptecznego

### **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-Centrala/SkrytkaESP oraz e-mailem: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl .

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