

.....
Miejscowość, data

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

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 NA STANOWISKU
KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że nowym kierownikiem apteki/punktu aptecznego od dnia..... roku jest: **Pani/Pan**

..... **PESEL:**

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty (w przypadku *magistra farmacji*) /**numer wpisu w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego** (w przypadku *technika farmaceutycznego*): (nr telefonu do kontaktu:).

Dotychczasowy kierownik apteki/punktu aptecznego Pani/Pan
przestał pełnić funkcję kierownika apteki/punktu aptecznego w dniu roku.

W związku z powyższym wnoszę o zawarcie aneksu do umowy na realizację recept
numer.....zawartej dniaroku.

Za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy SZOI wygenerowano wniosek o zmianę danych podmiotu
o numerze

**WZÓR PODPISU I PARAFY
NOWEGO KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....
Podpis/y
Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny

Załączniki:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie o spełnieniu warunków do pełnienia funkcji kierownika.
3. Oświadczenie o zakończeniu pełnienia funkcji kierownika.
4. Kopia prawa wykonywania zawodu nowego kierownika apteki/punktu aptecznego – poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
5. Kopia dyplomu ukończenia szkoły (w przypadku technika farmaceutycznego) – poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący punkt apteczny.
6. Kopia wniosku do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, dotyczącego zgłoszenia zmiany kierownika apteki wraz z jego potwierdzeniem dostarczenia do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.

Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz

.....
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:.....

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Numer identyfikacyjny apteki:

Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych¹⁾.

.....
Podpis

Nowego Kierownika apteki/ punktu aptecznego

1)1Administratorem Danych Osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa NFZ. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych NFZ w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym powyżej celu Wnioskodawcy przysługuje prawo do: dostępu; sprostowania; usunięcia (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia; sprzeciwu (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody); wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z ww. praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez NFZ dostępna jest w siedzibach Oddziału oraz pod adresem: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/.

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

**OŚWIADCZENIE
NOWEGO KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-2, 2b i 2e lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750)

.....
Podpis
Nowego Kierownika apteki/ punktu aptecznego

Numer umowy:

**OŚWIADCZENIE
O ZAKOŃCZENIU PEŁNIENIA FUNKCJI KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Oświadczam, że funkcję kierownika w aptece/punkcie aptecznym

.....

.....

(nazwa i adres apteki/punktu aptecznego)

pełniłam/-em od dnia roku do dnia roku włącznie.

Jednocześnie oświadczam, że w tych dniach nie pełniłam/-em funkcji kierownika w innej aptece.

.....

Podpis

Kierownika apteki/ punktu aptecznego