

.....
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 NAZWISKA KIEROWNIKA
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że w związku ze zmianą nazwiska kierownika apteki/punktu aptecznego z dniem.....* 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):

.....

W związku z powyższym wnoszę o zawarcie aneksu do umowy na realizację recept numerzawartej dnia roku.

Za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy SZOI wygenerowano wniosek o zmianę danych osoby o numerze.....

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

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....
Podpis/y

Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny

*** należy podać datę dokumentu poświadczającego zmianę nazwiska.**

Załączniki:

1. Kopia dokumentu, z którego wynika zmiana nazwiska (np. odpis aktu małżeństwa, wyrok rozwodowy, orzeczenie sądu) poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.
2. Kopia strony prawa wykonywania zawodu z wpisem nazwiska poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny.