

.....
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:

**ZGŁOSZENIE ZASTĘPSTWA KIEROWNIKA
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Informuję, że **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:

.....) w terminie od dnia roku do dnia roku zastępuje

kierownika apteki/punktu aptecznego, Panią/Pana, w czasie jej/jego

nieobecności, w tym podpisuje oświadczenia w zestawieniach zbiorczych recept.

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

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....
Podpis/y

Podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny

.....
Podpis

Kierownika apteki/punktu aptecznego

Załączniki:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie osoby zastępującej kierownika apteki/punktu aptecznego o spełnianiu warunków do pełnienia funkcji kierownika apteki
3. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu przez osobę zastępującą kierownika apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
4. W przypadku technika farmaceutycznego: kopia dyplomu ukończenia szkoły poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący punkt apteczny

**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 apteki:.....

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
Zastępcy 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:

**OŚWIADCZENIA
ZASTĘPCY 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
Zastępcy Kierownika apteki/ punktu aptecznego