

.....
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: (w przypadku technika farmaceutycznego)

numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty:(w przypadku magistra farmacji)

numer dyplomu ukończenia szkoły :.....(w przypadku technika farmaceutycznego)

w okresie 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 i pieczęć podmiotu
prowadzącego aptekę/punkt apteczny

.....
Podpis i pieczęć **KIEROWNIKA**
apteki/punktu aptecznego

Załączniki:

1. Oświadczenie o zgodzie 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 i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:.....

Dane Wnioskującego

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa apteki:.....

Adres:

Numer identyfikacyjny apteki:

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych¹⁾ oraz zobowiązuję się do zapoznania z nią wszystkich osób, których dane są wymienione we wniosku o zawarcie umowy na realizację recept.

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

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

1) Administratorem 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**

1. 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 2022 r. poz. 2301, z późn. zm.).

.....
Podpis/y i pieczęć

Zastępcy kierownika apteki/ punktu aptecznego