

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
APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

W związku z decyzją Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego znak:
..... z dnia..... wnoszę o podpisanie aneksu do
umowy nr....., zawartej dnia.....,
zmieniającego dane apteki / punktu aptecznego.

NOWE DANE APTEKI / PUNKTU APTECZNEGO:

Nazwa apteki:

Adres apteki:

Telefon/Fax: E-mail:

Osoby reprezentujące podmiot prowadzący aptekę / punkt apteczny:

Imię i nazwisko: PESEL:

Imię i nazwisko: PESEL:

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

Załączniki:

1. Oświadczenie o zgodzie 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.

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:

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/ly i pieczęć
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....
Podpis i pieczęć
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

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

1. Oświadczam, że decyzja Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego: znak z dnia roku stała się/stanie się ostateczna¹ w dniu roku.

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

¹ 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 ¹**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ 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 ²**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

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