

Miejscowość, data .....

Numer umowy z NFZ .....

**Dane Podmiotu prowadzącego:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

**Dane apteki:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Kod apteki .....

**Oświadczenie**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku o aneksowanie umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę w związku ze zmianą numeru prawa wykonywania zawodu kierownika apteki, dla celów związanych z realizowaniem umowy.

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

2. Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane we wniosku o aneksowanie 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 ich sporządzenia.

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

3. Wzory podpisów osób podpisujących aneks:

<b>Czytelnie imię i nazwisko</b>	<b>Podpis</b>	<b>Parafa</b>