

.....
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 ZMIANY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU
PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

Informuję, iż od dnia roku, zgodnie z wpisem w Krajowym Rejestrze Sądowym,
osobami uprawnionymi do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny, są:

Imię i nazwisko:.....PESEL:.....TEL:.....

Imię i nazwisko:.....PESEL:.....TEL:.....

Imię i nazwisko:.....PESEL:.....TEL:.....

Imię i nazwisko:.....PESEL:.....TEL:.....

.....
Podpisy i pieczęci
osób reprezentujących wnioskującego

Załączniki:

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.
3. Wzory podpisów i paraf osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu prowadzącego 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/y 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:

OŚWIADCZENIE

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

WZORY PODPISÓW I PARAFOSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY ¹

| L. p. | Czytelnie imię i nazwisko | Podpis | Parafa |
|-------|---------------------------|--------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹ Wypełniają osoby, które zgodnie z wpisem do KRS są uprawnione do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny.