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 spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1,2/kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.).

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z pełnieniem obowiązków zastępcy kierownika apteki/punktu aptecznego dla celów związanych z realizowaniem umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć

Zastępcy kierownika apteki/ punktu aptecznego

3. Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane podane z zgłoszeniu powierzenia zastępstwa na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego i załącznikach do zgłoszenia i zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień ich sporządzenia.

 ………………….…………………………………………

Podpis i pieczęć

Zastępcy kierownika apteki/ punktu aptecznego

4. Upoważnienie zastępcy kierownika do podpisywania zestawień zbiorczych recept w imieniu Podmiotu prowadzącego aptekę.

…………………………………………………………………………………………………

(Nazwa Podmiotu prowadzący aptekę/punkt apteczny)

upoważnia Panią/Pana ………………………………………………………………………...

Nr Pesel……………………………………………….

do podpisywania zestawień zbiorczych recept przekazywany do oddziału NFZ.

 ..................................................................................

Podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania