Miejscowość, data ………………………………………………..

Kod Oddziału Wojewódzkiego: ……………..

**Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**Dane apteki**:

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Kod apteki ………………………………………….

**Wniosek o aneks w związku ze zmianą danych podmiotu prowadzącego aptekę/ punkt apteczny¹**

Wnoszę o podpisanie aneksu do umowy nr ……….…….……………, zawartej dnia ………………..………….…………, zmieniającego dane dotyczące podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny¹ – **nowe dane Podmiotu:**

Nazwa Podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny¹:

Adres Podmiotu:

EDG(CEIDG) / KRS[[1]](#footnote-1): z dnia

Osoby reprezentujące Podmiot (podpisujące aneks):

PESEL:

PESEL:

Nazwa apteki:

Adres apteki:

Decyzja o zmianie zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego¹:

Nr z dnia

…………………………………………………………………

Podpis/y i pieczęć Podmiotu prowadzącego aptekę

**W załączeniu:**

* oświadczenie podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny o nieodwoływaniu się od decyzji zmieniającej zezwolenie;
* kopia decyzji zmieniającej zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego.

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)