

**FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY  
NA WYDAWANIE REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA  
ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH NA RECEPTĘ**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK</b>	Nazwa podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny						
	Forma działalności podmiotu <sup>1</sup>						
	Forma właścicielska <sup>2</sup>						
	Adres siedziby podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny	Miejscowość		Kod pocztowy		Teryt	
		Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
	NIP			NR KRS/EDG			
	REGON			Wpis do CEIDG (tak/nie)			
	adres e-mail:.			Nr tel.			
	Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy	Nazwisko			Numer PESEL		
		Imię			Nr telefonu		
Numer zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego			Data wydania zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego				
Organ wydający zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego			Data rozpoczęcia działalności przez aptekę <sup>3</sup>				

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE APTEKI/ PUNKTU APTECZNEGO**

<b>KOD APTEKI <sup>5</sup></b>	Nazwa apteki/punktu aptecznego <sup>4</sup>						
	Rodzaj: (Apteka ogólnodostępna/ punkt apteczny)						
	Adres apteki/punktu aptecznego	Miejscowość		Kod pocztowy		Teryt	
		Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
	Województwo			Powiat			
	Gmina			Dzielnica			
	adres e-mail:.			Nr telefonu			
				Nr faxu			
	Adres do korespondencji <sup>6</sup>	Miejscowość		Kod pocztowy		Teryt	
		Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kierownik apteki/ punktu aptecznego	Nazwisko			Imię			
	numer PESEL			Nr telefonu			
	Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości <sup>7</sup>						
	nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty <sup>8</sup>						

<sup>1</sup> zgodnie ze Słownikiem form działalności podmiotów<sup>2</sup> zgodnie ze Słownikiem form właścicielskich<sup>3</sup> wymagana dla aptek rozpoczynających działalność po 1 stycznia 2012 r.<sup>4</sup> nazwa apteki/punktu aptecznego zgodna z zezwoleniem/decyzją właściwego Inspektoratu Inspekcji Farmaceutycznej<sup>5</sup> wypełnić, jeżeli został nadany<sup>6</sup> wypełnić, jeżeli inny niż adres siedziby apteki<sup>7</sup> podać wyłącznie, jeśli brak Nr PESEL<sup>8</sup> nie dotyczy technika farmaceutycznego

III. EWIDENCJA OSÓB ZATRUDNIONYCH W APTECE						
Unikalny wyróżnik osoby	Nazwisko	Imię	numer PESEL	Zajmowane stanowisko	Okres realizacji recept w ramach umowy na realizację	
					od	do
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa	Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu <sup>(9)</sup>	Data wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu <sup>(10)</sup>	Nazwa Okręgowej Izby Aptekarskiej, która wydała zaświadc. o prawie wykon. zawodu <sup>(11)</sup>	Numer dyplomu (świadectwa ukończenia szkoły <sup>(12)</sup> )	Data wydania dyplomu (świadectwa ukończenia szkoły <sup>(13)</sup> )	
Doświadczenie zawodowe						
Nazwa zaświadczenia o odbyciu stażu/praktyki <sup>(14)</sup>	Numer wydania zaświadczenia o odbyciu stażu/praktyki <sup>(15)</sup>	Data wydania zaświadczenia odbycia stażu/praktyki <sup>(16)</sup>	Nazwa apteki wydającej zaświadczenie o odbyciu stażu/praktyki <sup>(17)</sup>	Liczba lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy <sup>(18)</sup>		

<sup>(9), (10), (11)</sup> dotyczy farmaceuty<sup>(12), (13)</sup> dotyczy technika farmaceutycznego<sup>(14), (15), (16), (17)</sup> przy braku zaświadczenia wpisać "Nie dotyczy"<sup>(18)</sup> dotyczy magistrów farmacji, którzy nie posiadają zaświadczenia o odbyciu rocznej praktyki.....  
Data sporządzenia.....  
Podpis i pieczęć podmiotu prowadzącego aptekę**Załączniki do wniosku:**

- Załącznik 1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z zawarciem umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
- Załącznik 2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji we wniosku
- Załącznik 3. Wniosek w sprawie rachunku bankowego
- Załącznik 4. Wzór podpisu i parafy osoby/osób podpisującej/ych wniosek/umowę na realizację recept
- Załącznik 5. Wzór podpisu i parafy osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę/ punkt apteczny w trakcie trwania umowy na realizację recept
- Załącznik 6. Oświadczenie kierownika apteki
- Załącznik 7. Kopie dokumentów uprawniających kierownika do pełnienia tej funkcji
- Załącznik 8. Kopia zezwolenia na prowadzenie apteki
- Załącznik 9. Pełnomocnictwo dla osoby reprezentującej wnioskodawcę, jeżeli jest wymagane