…………………………………….

Miejscowość, data

**Dane Podmiotu prowadzącego aptekę**:

Nazwa: .................................................................................

Adres: ..................................................................................

Nr telefonu: ..........................................................................

Nr NIP: .................................................................................

Nr REGON: ..........................................................................

**Dane apteki**:

Nazwa: .................................................................................

Adres: ..................................................................................

Kod apteki: ...........................................................................

**Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny w sprawie podpisania aneksu do umowy zmieniającego numer rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego numer rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie na realizację recept: numer ………………………………………….

zawartej dnia …………………………………………………………

Nowy nr rachunku bankowego od dnia………………………….to:

……………………………………..…………………………………………………..……………………

Zmiana dotychczasowego numeru rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

………………...........………………….……………………

Podpis/y i pieczęć osoby reprezentującej

podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny \*

**W załączeniu:**

**1. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych**

**2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji**

**3. Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu (jeżeli dotyczy)**