Numer umowy: ……..……

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa: …….….….……

Adres: ……..……..……..……

Nr telefonu: …….……..…….……

Nr NIP: ……...……

Nr REGON ……...……..…

Dane apteki:

Nazwa …….

Adres ……..

UPOWAŻNIENIE

Powierzenie obowiązków kierownika do 30 dni

Ja niżej podpisana/-y[1] na czas mojej nieobecności powierzam swoje obowiązki w tym podpisywanie zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne Pani/Panu[1]:

Imię i Nazwisko - drukowanymi literami

nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty / nr PESEL w przypadku technika farmacji

który podejmuje się ich wypełniania.

Zastępstwo powierzono na okres od …….…..…….…… do ……..…..…… [2]

....

data i czytelny podpis kierownika data i czytelny podpis osoby podejmującej się zastępstwa

---

1. Niepotrzebne skreślić
2. W przypadku nieobecności kierownika, która trwa powyżej 30 dni, apteka/punkt apteczny przedkłada w tutejszym Oddziale NFZ kopię powiadomienia złożonego w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym wraz z dokumentem potwierdzającym przekazanie tego powiadomienia do wiadomości WIF oraz:
   - kopię Prawa wykonywania zawodu osoby pełniącej obowiązki zastępcy kierownika (lub kopię dyplomu w przypadku technika farmacji),
   - oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku (załącznik nr 1 do wniosku o zawarcie umowy – Zarządzenie nr 73/2022/DGL Prezesa NFZ z dnia 3 czerwca 2022r. ze zm.),
   - oświadczenie kierownika (załącznik nr 3 do wniosku o zawarcie umowy – Zarządzenie nr 73/2022/DGL Prezesa NFZ z dnia 3 czerwca 2022r. ze zm.).