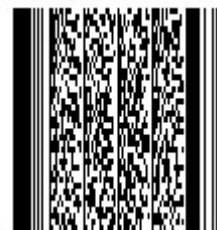


**FORMULARZ WNIOSKU
O ZAWARCIE UMOWY NA REALIZACJĘ ZALECANYCH SZCZEPIEŃ W APTECE****I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY****Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskodawcy - podmiotu prowadzącego aptekę**

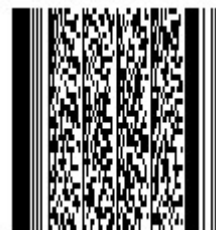
Nazwa	APTEKA [REDACTED] SPÓŁKA JAWNA [REDACTED] I WSPÓLNICY				
Adres siedziby	Miejscowość	[REDACTED]	Kod pocztowy	[REDACTED]	
	Ulica	ul. [REDACTED]	Numer domu	[REDACTED]	Numer lokalu
Forma organizacyjno-prawna	spółka jawna				
NIP	[REDACTED]		REGON	[REDACTED]	
Adres e-mail	[REDACTED]		Nr tel.	[REDACTED]	
Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy	Imię i nazwisko	[REDACTED]	Nr telefonu	[REDACTED]	

Dane rejestrowe

Rodzaj rejestru	wpis do rejestru aptek ogólnodostępnych	Nr wpisu do rejestru	FA.KR [REDACTED]
Organ rejestrujący	Wojewódzki Inspektorat Inspekcji Farmaceutycznej w Krakowie	Data wpisu	2009-01-02
		Data ostatniej aktualizacji	2009-01-02
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowego Rejestru Sądowego	Nr wpisu do rejestru	0000 [REDACTED]
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2008-11-20
		Data ostatniej aktualizacji	2009-03-18

**FORMULARZ WNIOSKU
O ZAWARCIE UMOWY NA REALIZACJĘ ZALECANYCH SZCZEPIEŃ W APTECE**

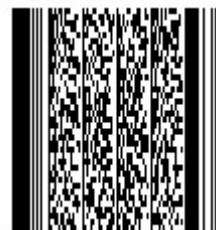
II. WYKAZ FARMACEUTÓW



Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imię/Imiona
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Uprawnienia zawodowe			
Grupa zawodowa		Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Farmaceuci specjaliści		[REDACTED]	
Zawody / specjalności			
Nazwa		Stopień specjalizacji	Data uzyskania
Farmaceuta - specjalista farmacji aptecznej		bez specjalizacji	
Farmaceuta - specjalista farmacji szpitalnej		specjalista	2013-06-10
Kompetencje			
Nazwa			Data uzyskania
UPRAWNIENIA DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH			2021-04-10
SZKOLENIE Z WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH			2021-04-10

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY NA REALIZACJĘ ZALECANYCH SZCZEPIEŃ W APTECE

III. SZCZEGÓŁY WNIOSKU



Kod przedmiotu postępowania	21.0000.001.02	Nazwa przedmiotu postępowania	Realizacja zalecanych szczepień ochronnych w aptece				
Nazwa miejsca udzielania świadczeń	APTEKA [REDACTED] SPÓŁKA JAWNA [REDACTED] I WSPÓLNICY						
Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych	[REDACTED]	Adres e-mail	[REDACTED]				
Adres miejsca	[REDACTED]	Kod terytorialny	[REDACTED]	Długość geograficzna	20 [REDACTED]	Szerokość geograficzna	49 [REDACTED]
Dostępność							
Dostępność miejsca dla zakresu							
Harmonogram dostępności miejsca dla zakresu							
pon	wt	śr	czw	pt	sob	niedz	
08:00 - 19:00	08:00 - 19:00	08:00 - 19:00	08:00 - 19:00	08:00 - 19:00	08:00 - 15:00		
Personel							
1	Nazwisko	[REDACTED]					
	Imię/Imiona	[REDACTED]	PESEL	[REDACTED]			
Zawód/specjalność	Farmaceuta - specjalista farmacji	Stopień specjalizacji	bez specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu	[REDACTED]	
Stanowisko/funkcja pracownika	PRACOWNIK APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO			Liczba godzin pracy tygodniowo		7 h 00	
pon	wt	śr	czw	pt	sob	niedz	
					08:00 - 15:00		

Oświadczenie

Miejscowość: [REDAKTOWANE] Data: 2023-12-18 23:15

Nazwa podmiotu: APTEKA [REDAKTOWANE] SPÓŁKA JAWNA [REDAKTOWANE] I WSPÓLNICY

REGON podmiotu : [REDAKTOWANE]

Numer identyfikacyjny apteki: [REDAKTOWANE]

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ogólnych warunków zawierania i realizacji umów na realizację zalecanych szczepień ochronnych w aptekach i przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania zalecanych szczepień ochronnych w aptece, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.);
- 3) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydany na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.);
- 4) farmaceuci wykonujący szczepienia posiadają wymagane kwalifikacje oraz posiadają dokumenty potwierdzające uprawnienia do wykonywania badania kwalifikacyjnego i szczepienia ochronnego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.), a także spełniają warunki określone w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873 z późn. zm.);
- 5) apteka spełnia warunki udzielania świadczeń wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie, m.in. posiada ważne zezwolenie na prowadzenie działalności oraz spełnia wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r, Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 poz. 2301 z późn. zm.), w szczególności apteka spełnia wymagania określone w § 6 ust. 5 oraz § 8 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. z 2022 r. poz. 1737);
- 6) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 7) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy na realizację zalecanych szczepień ochronnych w aptekach, finansowanych ze środków publicznych;
- 8) zapoznałem się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Fundusz (dostępnymi na stronie <https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/>) i zobowiązuję się do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO).

.....
(podpis osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę)

Wniosek w sprawie rachunku bankowego

Miejscowość: [REDACTED] Data: 2023-12-18 23:15

Nazwa podmiotu: APTEKA [REDACTED] SPÓŁKA JAWNA [REDACTED] I WSPÓLNICY

REGON podmiotu : [REDACTED]

Numer identyfikacyjny apteki: [REDACTED]

Dane posiadacza rachunku bankowego:

.....
.....

Nr rachunku bankowego do rozliczania umowy na realizację szczepień:

.....

.....

Podpis* podpis osoby/osób uprawnionej/yh do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

*podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem