Miejscowość, data ……………………………………….

Kod Oddziału Wojewódzkiego: ……………..

**Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:**

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**Dane apteki**:

Nazwa: …………………………………………….

Adres: ……………………………………………….

Kod apteki ………………………………………….

**Wniosek podmiotu prowadzącego w sprawie wygaszenia umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę**

Wnoszę o wygaszenie umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę nr……….…….………………….…………….., zawartej dnia ….……………. .

W załączeniu przekazuję kopię decyzji Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego znak: ....................................................... z dnia ....................................... stwierdzającej ……………………….. zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego.

Oświadczam, że nie będę składał/a odwołania od powyższej decyzji, która stanie się ostateczna w dniu ................................................... .

…..…………………………………………………

Podpis/y i pieczęć Podmiotu prowadzącego aptekę

**W załączeniu:**

1. **kopia decyzji Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot prowadzący**
2. **informacja o miejscu przechowywania recept**