

**Oświadczenia**

Miejscowość ..... Data .....

Nazwa  
REGON  
Numer identyfikacyjny apteki

podmiotu  
podmiotu

**Oświadczam, że:**

1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego przyjmując je do stosowania;

2) zapoznałem się z przepisami prawa dotyczącymi przeprowadzenia usług w ramach umowy, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662), zwanego dalej "rozporządzeniem".

3) farmaceuci, którzy będą uczestniczyć w realizacji umowy są zatrudnieni w aptece, w której ma być realizowany pilotaż oraz spełniają warunki, o których mowa w § 7 rozporządzenia.

4) apteka, w której będzie realizowana umowa posiada umowę, o której mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm), zawartą z Funduszem oraz spełnia warunki określone w § 6 rozporządzenia;

5) usługi w ramach umowy będą realizowane w pokoju opieki farmaceutycznej, albo w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym - w przypadku jeżeli pełni ono funkcję pokoju opieki farmaceutycznej, z zapewnieniem miejsce siedzącego dla pacjenta, a dokumentacja związana z realizacją umowy przechowywana będzie zgodnie z przepisami dotyczącymi przechowywania recept w aptece;

6) dane przedstawione we wniosku i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

7) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o realizację programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego;

8) zapoznałem się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Fundusz (dostępny 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 podmiotu prowadzącego aptekę)

Załącznik Nr 2 do wniosku

**Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki**

Miejscowość ..... Data .....

Nazwa  
REGON  
Numer identyfikacyjny apteki

podmiotu  
podmiotu

Oświadczam, że **nie toczy się** postępowanie administracyjne w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, w której realizowane będą usługi w ramach umowy\*.

.....  
(podpis podmiotu prowadzącego aptekę)

\*zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662)