

### Oświadczenia

Miejscowość .....,

data .....

Nazwa podmiotu  
REGON podmiotu  
Numer identyfikacyjny apteki

#### **Oświadczam, że:**

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego i przyjmuję 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 miejsca 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 w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego;
- 8) zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych (załącznik do oświadczenia - załącznika nr 2 do wniosku), dostępną również na stronie internetowej Funduszu pod adresem: <https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/> ;
- 9) zobowiązuję się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w tym 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)

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

Miejscowość .....,

data .....

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

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)