|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA** |  |  |  |
| NR KRS |  |  |  |
| **NR NIP** |  |  |  |
| **NR REGON** |  |  |  |
| **NR ID Z REJESTRU GIF** |  |  |  |
| **ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI** |  |  |
| Miejscowość i kod pocztowy |  |  |  |
| Ulica i numer |  |  |  |
| Województwo |  |  |  |
| **RODZAJ DZIAŁALNOŚCI** ( proszę zaznaczyć właściwe) |  |  |
| [ ]  Hurtownia Farmaceutyczna [ ]  Apteka [ ]  Punkt Apteczny[ ]  Inny ...…..........................………………....................................................................................................................…… |  |  |
| **Numer i kopia** **zezwolenia na prowadzenie działalności**  |  |  |  |
| **Kierownik Hurtowni / Apteki / Punktu Aptecznego / innej placówki** (imię i nazwisko) |  |  |  |
| Numer telefonu |  |  |  |
| Adres e-mail |  |  |  |
| **Osoba do kontaktu w sprawach wstrzymania/wycofania**(imię i nazwisko) |  |  |  |
| Numer telefonu |  |  |  |
| Adres e-mail |  |  |  |

**Oświadczam, że podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z aktualną sytuacją.**

**Zobowiązuję się do informowania Hurtap S.A. o wszelkich zmianach zawartych w formularzu, a w szczególności danych firmy, zmianach w zezwoleniu, cofnięciu lub wycofaniu zezwolenia, certyfikatu, systemu jakości oraz o jakichkolwiek zmianach, które mogą mieć wpływ na jakość i bezpieczeństwo produktów leczniczych.**

**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Hurtap S.A. z siedzibą w Łęczycy, ul. Górnicza 2, 99-100 Łęczyca**
2. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu kwalifikacji odbiorcy Hurtap S.A. na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, c, b, f - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).**
3. **Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych jest Hurtap S.A. z siedzibą w Łęczycy, ul. Górnicza 2, 99-100 Łęczyca.**
4. **Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora.**
5. **Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody.**
6. **Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.**
7. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości realizacji procesu kwalifikacji odbiorcy Hurtap S.A**.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ FORMULARZ** |
|  |  |

**............................................................................................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odbiorca** | **Zaakceptowany** | **Uwagi** |
| **TAK** | **NIE** |
|  |  |  |
| **Data i podpis** **Osoby Odpowiedzialnej** |  |