|  |
| --- |
| DO:Centrum Systemów InformacyjnychOchrony Zdrowia w Warszawieul Stanisława Dubois 5A |

**WNIOSEK**

**o założenie konta w systemie P1 dla apteki**

Ja, niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………..………………………, numer PESEL …………….……………….., numer PWZF…………….……….. oświadczam, iż jestem farmaceutą pełniącym obowiązki Kierownika Apteki w aptece o numerze ID………………………………….….… zapisanym w Rejestrze Aptek pod numerem ……….……………. **w…………………………………Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym.**

Wnioskuję o założenie konta w systemie P1 na potrzeby podłączenia apteki do e-recepty.

Dane Kierownika apteki:

Imię i nazwisko ………………………………..

PESEL ……………………………......

NPWZF ………………………………...

Razem z wnioskiem przekazuję dane administratora apteki oraz Pliki CSR żądania wystawienia certyfikatu: WSS i TLS (spakowane w pliku archiwum z rozszerzeniem .zip).

 …………………………………………………

 imię i nazwisko składającego wniosek