Nazwa Wnioskodawcy: ………………………….

……………………………………………………….

ul.: …………………………………………………..

Kod pocztowy: …………………………………….

Miejscowość: ………………………………………

Tel.: ………………………………………………….

Fax.: ………………………………………………...

NIP: ………………………………………………….

KRS: …………………………………………………

REGON: …………………………………………….

www………………………………………………….

***Część I (wypełnia Wnioskodawca*)**

**Do**

**Związku Aptekarzy - Pracodawców Polskich Aptek**

**WNIOSEK**

**O PRZYJĘCIE DO ZWIĄZKU APTEKARZY - PRACODAWCÓW POLSKICH APTEK**

Działając w imieniu i na rzecz Pracodawcy aptekarskiego, w rozumieniu § 10 ust. 2 Statutu Związku Aptekarzy - Pracodawców Polskich Aptek[[1]](#footnote-2), tj.:

……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………….……..…………………………………………………………………[[2]](#footnote-3), zwanego dalej „Pracodawcą”,

**wnoszę o przyjęcie Pracodawcy do Związku Aptekarzy - Pracodawców Polskich Aptek,**
**dalej zwanego „ZAPPA”, jako członka zwyczajnego.**

Złożenie niniejszego wniosku oznacza akceptację przez Pracodawcę postanowień statutu ZAPPA oraz zobowiązanie do stosowania się do jego postanowień.

……………………………………………………………

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….………….

 Pieczątka i podpis

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Część II (wypełnia Wnioskodawca) – OKREŚLENIE STATUSU PRAWNEGO PRACODAWCY.**

1. Działając w imieniu i na rzecz Pracodawcy oświadczam, że Pracodawca to podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną, który jest[[3]](#footnote-4):

1) osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub

2) spółką jawną lub partnerską, w której co najmniej jeden wspólnik lub partner jest osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub

3) spółką komandytową lub komandytowo-akcyjną, w której co najmniej jeden komplementariusz jest osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub

4) spółką z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółką akcyjną, w której osoba lub osoby fizyczne posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty:

1. dysponują bezpośrednio lub pośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu, także jako zastawnicy albo użytkownicy, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
2. są uprawnione do powoływania lub odwoływania większości członków zarządu tej spółki, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
3. są uprawnione do powoływania lub odwoływania większości członków rady nadzorczej tej spółki, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
4. stanowią więcej niż połowę członków jej zarządu, lub

5) osobą prawną, inną niż spółki wymienione w pkt 4, w której osoba lub osoby fizyczne posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty stanowią więcej niż połowę członków jej organu zarządzającego.

Wykaz osób fizycznych posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty warunkujących status Pracodawcy aptekarskiego (*należy podać nr PWZ np.: Pracodawcy będącego osobą fizyczną, wspólnika lub członka zarządu ww. spółki, członka organu zarządzającego osoby prawnej*):

1) nr Prawa Wykonywania Zawodu …………...………. ;

2) nr Prawa Wykonywania Zawodu …………..………..;

3) nr Prawa Wykonywania Zawodu ………………..…..;

Pracodawca zatrudnia w ramach stosunku pracy …. osób.

 ………………………………………………………….………….

 Pieczątka i podpis

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

1. Wykaz aptek prowadzonych przez Pracodawcę

(*należy podać: nazwę apteki, jej adres i nr zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej*):

1) ………………………………………………………….…….….. ;

2) ……………………………………………………….…………… ;

3) ………………………………………………………………….... ;

4) ……………………………………………………………….…… .

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ZAPPA z siedzibą
w Warszawie, jako osoby wyznaczonej przez Pracodawcę do kontaktów z ZAPPA, w celu zapewnienia bieżącego kontaktu Pracodawcy z ZAPPA, w związku z przyjęciem Pracodawcy do ZAPPPA oraz jego członkostwem w ZAPPA. Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że podanie danych osobowych jest dobrowolne oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

 ………………………………………………………….………….

 Pieczątka i podpis

 osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Zobowiązuję się do systematycznego uiszczania składek członkowskich w wysokości ustalonej przez Walne Zgromadzenie Członków ZAPPA**

 ………………………………………………………….………….

 Pieczątka i podpis

 osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

####  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20……. r.

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### imię i nazwisko

#### Członek Związku Aptekarzy – Pracodawców Polskich Aptek

#### **Zarząd**

#### **Związku Aptekarzy - Pracodawców Polskich Aptek**

#### z siedzibą w Warszawie

#### KRS 0000718000

#### **Wniosek i zgoda na przesyłanie korespondencji ZAPPA drogą e-mailową**

#### Ja, niżej podpisany/a

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### działając w imieniu własnym, jako Członek Związku Aptekarzy - Pracodawców Polskich Aptek (zwanego dalej „ZAPPA”), na podstawie § 18 ust. 2 Statutu ZAPPA:

#### wskazuję mój adres e-mail:

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### i proszę o kierowanie wszelkiej korespondencji kierowanej do mnie przez ZAPPA w związku z moim członkostwem w ZAPPA na ww. adres e-mail, w tym zawiadomień o Walnych Zebraniach Członków ZAPPA, na co niniejszym wyrażam zgodę.

#### Zgoda dotyczy także zawiadomień o zwołaniu Nadzwyczajnego Walnego Zebrania Członków zwołanego Uchwałą Zarządu ZAPPA nr 1 z dnia 12 października 2019 r.

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Data, czytelny podpis Członka

**Część III (wypełnia ZAPPA).**

Data złożenia wniosku członkowskiego................................................................................................

Wniosek poparty przez następujących członków ZAPPA:....................................................................

 …………….……………………………………

 . Pieczątka i podpis

. osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

Decyzja Zarządu – przyjęcie/nieprzyjęcie........................….................................................................

Data wydania uchwały Zarządu o przyjęciu/nieprzyjęciu ...................................................................

Numer uchwały............................................................

Data przyjęcia do ZAPPA........................................…

1. Pracodawcą aptekarskim jest podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną, będący:

	* 1. osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub
		2. spółką jawną lub partnerską, w której co najmniej jeden wspólnik lub partner jest osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub
		3. spółką komandytową lub komandytowo-akcyjną, w której co najmniej jeden komplementariusz jest osobą fizyczną posiadającą prawo wykonywania zawodu farmaceuty, lub
		4. spółką z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółką akcyjną, w której osoba lub osoby fizyczne posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty:
			+ 1. dysponują bezpośrednio lub pośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu, także jako zastawnicy albo użytkownicy, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
				2. są uprawnione do powoływania lub odwoływania większości członków zarządu tej spółki, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
				3. są uprawnione do powoływania lub odwoływania większości członków rady nadzorczej tej spółki, także na podstawie porozumień z innymi osobami, lub
				4. stanowią więcej niż połowę członków jej zarządu, lub
		5. osobą prawną, inną niż spółki wymienione w pkt 4, w której osoba lub osoby fizyczne posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty stanowią więcej niż połowę członków jej organu zarządzającego. [↑](#footnote-ref-2)
2. 2. Należy wpisać pełną nazwę lub firmę podmiotu wnioskującego o przyjęcie do ZAPPA, zgodną z właściwym rejestrem lub ewidencją. [↑](#footnote-ref-3)
3. Należy podkreślić właściwą formę prawną. [↑](#footnote-ref-4)