

.....
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna, osoba prawna,
spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)

.....
miejscowość, data

.....
(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)

..... **Wojewódzki**
Inspektor Farmaceutyczny

NIP

W

PESEL *

.....
(dotyczy osoby fizycznej)

.....
(adres)
.....

Nr KRS - jeśli dotyczy
.....

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 z późn.zm..) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego.

1. ADRES PUNKTU APTECZNEGO

.....
miejscowość kod pocztowy

.....
ulica nr lokalu

.....
gmina powiat

2. NAZWA PUNKTU APTECZNEGO (o ile taka jest wnioskowana)

.....

3. DANE PUNKTU APTECZNEGO: numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony www

.....

4. DNI I GODZINY PRACY PUNKTU APTECZNEGO

.....

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
dzień miesiąc rok

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

* gdy nr PESEL nie został nadany należy wpisać numer paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy podmiot jest osobą fizyczną;

W załączeniu:

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku