

.....
Podmiot ubiegający się o zgodę (osoba prawna, Spółka prawa
handlowego nie mająca osobowości prawnej, osoba fizyczna)

.....
miejscowość, data

.....
(siedziba i jej adres lub adres zamieszkania – dotyczy
osoby fizycznej)

.....
Nr tel. (ewentualnie fax, e-mail)

.....
NIP

.....
REGON

.....
PESEL

(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS / Nr CEIDG

**Podkarpacki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

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

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na uruchomienie apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej*

W związku z art. 87 ust. 2a i 4, art. 93, art. 98, art. 106 ust. 1 i 2, art. 107 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej*.

1. ADRES APTEKI SZPITALNEJ/DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ*

.....
miejscowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
dzień miesiąc rok

.....
(czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania podmiotu składającego wniosek)

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku

*niepotrzebne skreślić