…… ……
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizycza tj. farmaceuta, spółka jawna, spółka partnerska) *miejscowość, data*

……
(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)

……

NIP ……

PESEL*

……
(*dotyczy osoby fizycznej)*

Nr KRS - jeśli dotyczy

……

Podkarpacki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ul. Warszawska 12a
35-205 Rzeszów

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

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

1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ

……
miejscowość *kod pocztowy*

……
ulica *nr lokalu*

……
gmina *powiat*

2. NAZWA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ *(o ile taka jest wnioskowana)*

……

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

……

4. DNI I GODZINY PRACY APTEKI……

5. ILOŚĆ PROWADZONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ APTEK, WSPÓLNIKA, PARTNERA SPÓŁKI BĘDĄCEJ WNIOSKODAWCĄ ……

6. 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*