

.....  
(oznaczenie podmiotu)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres, NIP)

**Podkarpacki Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny  
ul. Warszawska 12a  
35-205 Rzeszów**

**Z G Ł O S Z E N I E**  
**zamiaru uruchomienia apteki ogólnodostępnej**

Informuję, że apteka ogólnodostępna o nazwie

.....  
.....  
.....

(dokładny adres apteki)

na prowadzenie której wydane zostało przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego

zezwolenie znak ..... z dnia .....

zostanie uruchomiona w dniu .....

ID apteki.....

Kierownikiem apteki jest .....

Apteka czynna w godzinach:

w dni powszednie .....

w soboty .....

w niedziele .....

Numery telefonów do apteki .....

Numer fax-u .....

Adres strony www. ....

adres e-mail do apteki .....

Wykaz personelu według wzoru (w załączeniu).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego danych osobowych, w tym udostępnionych, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

.....  
(czytelny podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania podmiotu)

