

.....
(oznaczenie podmiotu)

.....
(miejsowość i data)

.....
(adres, NIP)

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

Z G Ł O S Z E N I E
nieprowadzenia działalności objętej zezwoleniem

Zgłaszam zawieszenie działalności apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego*:

1. Data zawieszenia (dd/mm/rr):
2. Przewidywany termin zakończenia zawieszenia (dd/mm/rr):
3. ID placówki:
4. Nazwa:
5. Adres:
6. Oznaczenie podmiotu prowadzącego placówkę:

Oświadczam, że nadzór nad warunkami przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdujących się na stanie apteki ogólnodostępnej/ punktu aptecznego* będzie sprawować

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

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.

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

(*) niepotrzebne skreślić