

.....
(Oznaczenie podmiotu)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres, NIP, REGON, KRS)

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

W N I O S E K

o zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego*

Proszę o zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego

o nazwie..... położonej/go

przy ul. Gmina..... Powiat

zezwolenie znak z dnia.....

wydane przez

dla

.....
w związku z

.....
Apteka/punkt apteczny będzie prowadzona/y zgodnie ustawą z dnia 6 września 2001 r. –
Prawo farmaceutyczne

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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić