

.....  
(oznaczenie podmiotu)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres)

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

**Z G Ł O S Z E N I E**  
**zamiaru uruchomienia punktu aptecznego**

Informuję, że punkt apteczny ogólnodostępna o nazwie .....

.....  
(dokładny adres punktu aptecznego)

na prowadzenie której wydane zostało przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego zezwolenie znak ..... z dnia .....

zostanie uruchomiony w dniu .....

ID punktu aptecznego .....

Kierownikiem punktu aptecznego jest .....

Punkt apteczny czynny w godzinach:

w dni powszednie .....

w soboty .....

w niedziele .....

Numery telefonów do punktu aptecznego .....

Numer fax-u .....

Adres strony www. ....

adres e-mail do punktu aptecznego .....

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)

## Wykaz personelu

Lp.	imię i nazwisko aptekarza lub technika farmaceutycznego	numer i data wydania dyplomu /świadczenia oraz nazwa uczelni lub szkoły	numer i data prawa wykonywania zawodu – zgodnie z Centralnym Rejestrem Farmaceutów specjalizacja - magister/ zaświadczenie o odbyciu 2-letniej praktyki – technik	wymiar i podstawa zatrudnienia
kierownik				
inny personel fachowy				

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