

.....
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna tj. farmaceuta,
spółka jawna, spółka partnerska)

.....
miejsowość, data

.....
(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)

**Podkarpacki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

NIP

**ul. Warszawska 12a
35-205 Rzeszów**

PESEL*

.....
(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS - jeśli dotyczy

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego

W związku z art. 100 ust. 1-3 i art. 70 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego.

1. ADRES PUNKTU APTECZNEGO

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. NAZWA PUNKTU APTECZNEGO (o ile taka jest wnioskowana)

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

4. DNI I GODZINY PRACY PUNKTU APTECZNEGO

5. ILOŚĆ PROWADZONYCH APTEK PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

6. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
dzień

.....
miesiąc

.....
rok

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 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