

.....
Podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba prawna, Spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej, osoba fizyczna)

.....
(miejscowość, data)

.....
(siedziba i jej adres lub adres zamieszkania – dotyczy osoby fizycznej)

.....
Nr tel. (ewentualnie fax, e-mail)

.....
NIP

.....
REGON

.....
PESEL

(dotyczy osoby fizycznej)

.....
Nr KRS / Nr CEIDG

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

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na uruchomienie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej*

W związku z art. 87 ust. 2a i 4c, art. 93, art. 98, art. 106 ust. 1 i 2, art. 107 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej*.

1. ADRES APTEKI SZPITALNEJ/DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ*

.....
miejscowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. 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 i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku

*niepotrzebne skreślić