

.....
(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 prowadzenia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza

Na podstawie art. 68 ust. 3c ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne zgłaszam zamiar prowadzenia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych w miejscu prowadzenia apteki/punktu aptecznego*

W

.....
(pełna nazwa, adres prowadzenia placówki)

od dnia

ID apteki/punktu aptecznego*

Adres strony internetowej

Adres poczty elektronicznej

Numer: telefonu, faksu

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za prawidłową realizację sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych

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.

.....
(nadruk lub pieczęć obejmujące imię i nazwisko
oraz podpis osoby zgłaszającej)

*właściwe podkreślić