

.....
miejsowość, data

.....
dane podmiotu ubiegającego się o zgodę na utworzenie
działu farmacji szpitalnej

.....
telefon komórkowy do przedstawiciela podmiotu

**POMORSKI WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY
ul. Na Stoku 50, 80-874 Gdańsk**

WNIOSEK

o udzielenie zgody na utworzenie działu farmacji szpitalnej

1. ADRES DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

2. OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA FUNKCJONOWANIE DZIAŁU

.....
imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej

.....
telefon komórkowy do osoby odpowiedzialnej

.....
czytelny podpis składającego wniosek