

.....
miejsowość, data

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

.....
adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba, adres

NIP

PESEL*

dotyczy osoby fizycznej

Nr KRS - jeśli dotyczy

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

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (*Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.*) 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

* gdy nr PESEL nie został nadany należy wpisać numer paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy podmiot jest osobą fizyczną;

4. DNI I GODZINY PRACY PUNKTU APTECZNEGO

.....

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....

dzień - miesiąc - rok

.....

czytelny podpis składającego wniosek

Nr telefonu kontaktowego

W załączeniu:

wymienić dokumenty dołączone do wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....