

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka podmiotu posiadającego zezwolenie

**WOJEWÓDZKI INSPEKTORAT
FARMACEUTYCZNY W GDAŃSKU
ul. Na Stoku 50
80-874 Gdańsk**

**W N I O S E K
o powierzenie funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej**

Z dniem powierzam pełnienie funkcji kierownika
apteki ogólnodostępnej:

.....
.....
nazwa apteki ogólnodostępnej, ulica, kod, miejscowość

mgr farm.
imię i nazwisko osoby proponowanej na funkcję kierownika apteki

.....
czytelny podpis właściciela apteki