

.....
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 zastępstwa na stanowisku 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 zastępstwo kierownika apteki

na zastępstwo powyżej 30 dni za mgr farm.

na okres od dnia do dnia

.....
czytelny podpis właściciela apteki