

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(dane Wnioskodawcy)

NIP

REGON

Nr KRS /Nr CEIDG *

Nr księgi rejestrowej
(Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)

Nr telefonu kontaktowego

**Kujawsko-Pomorski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Konarskiego 1-3
85-066 Bydgoszcz**

W N I O S E K

o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie działu farmacji szpitalnej

1. ADRES DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. DATA PRZEWIDYWANEGO WYGAŚNIĘCIA ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

.....
(dzień, miesiąc, rok)

**3. INFORMACJA O SPOSOBIE ZAGOSPODAROWANIA PRODUKTÓW LECZNICZYCH
ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W DZIALE FARMACJI SZPITALNEJ**

.....

.....

.....

4. POWÓD WYGASZENIA ZEZWOLENIA

.....

.....

5. OŚWIADCZAM, ŻE W STOSUNKU DO DZIAŁU FARMACJI **JEST / NIE JEST * PROWADZONE
POSTĘPOWANIE KONTROLNE BĄDŹ POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE**

**6. OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTANIE WYSŁANY OSTATNI RAPORT DO SYSTEMU ZSMOPL, ZGODNY
Z POWYŻSZYM WNIOSKIEM, ZERUJĄCY STANY MAGAZYNOWE W SYSTEMIE ZSMOPL.**

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)

**Niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

- *opłata skarbową*