

.....
(miejsowość, data)

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

.....
(siedziba i adres)

.....
NIP

REGON

Nr KRS /Nr CEIDG *

Nr księgi rejestrowej
(Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)

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

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na uruchomienie apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej*

W związku z art. 87 ust. 2a i 4, art. 93, art. 98, art. 106 ust 1 i 2, art. 107 ust. 3 ustawy z dnia 06 września 2001 roku - Prawo farmaceutyczne (Dz.U 2020 poz. 944 ze zm.) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej*.

1. ADRES APTEKI SZPITALNEJ/DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ*

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

.....
(nr telefonu/faxu/e-mail apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej)

.....
(dni/godziny pracy apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej)

2. PLANOWANA DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
(dzień, miesiąc, rok)

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

* *niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

- *wymienić dokumenty dołączone do wniosku*