

.....  
miejscowość, 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)

.....  
Wojewódzki Inspektor  
Farmaceutyczny  
w

Nr KRS - jeśli dotyczy

## W N I O S E K

### o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2021 r. poz.974 ze zm.) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

#### 1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ

.....  
miejscowość

.....  
kod pocztowy

.....  
ulica

.....  
nr lokalu

.....  
gmina

.....  
powiat

#### 2. NAZWA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ (o ile taka jest wnioskowana)

#### 3. DANE APTEKI: numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony www

4. DNI I GODZINY PRACY APTEKI.....

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI .....

dzień

miesiąc

rok

.....  
(czytelny podpis składającego wniosek)

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

W załączeniu:

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku