

.....  
(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 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*