

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko farmaceuty -
wnioskodawcy)

.....
(adres do korespondencji, telefon)

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

Wniosek o uzyskanie zgody na pełnienie funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej

Na podstawie art. 88 ust. 1c w związku z art. 88 ust 1d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne wnoszę o uzyskanie zgody na pełnienie funkcji kierownika apteki i działu farmacji szpitalnej.

.....
(imię i nazwisko farmaceuty, numer prawa wykonywania zawodu)

1. Pierwsze miejsce pełnienia funkcji kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej*

- nazwa, adres apteki/ działu farmacji szpitalnej, godziny czynności, zakres wykonywania usług farmaceutycznych

-
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- wymiar zatrudnienia farmaceuty
-
.....

2. Drugie miejsce pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej

- adres działu farmacji szpitalnej, godziny czynności, zakres wykonywania usług farmaceutycznych

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- wymiar zatrudnienia farmaceuty

.....
.....

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie wykonania opłaty skarbowej za wydanie decyzji administracyjnej w kwocie 10 zł., na rachunek Urzędu Miasta Bydgoszczy Wydział Podatków i Opłat Lokalnych 52 1240 6960 3892 1000 0000 0000