

.....
(miejsowość, data)

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

.....
(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)

.....
NIP

**Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
w**

PESEL*

.....
(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS - jeśli dotyczy
.....

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej/punktu aptecznego

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo
farmaceutyczne wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki
ogólnodostępnej.

1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ/PUNKTU APTECZNEGO

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. NAZWA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ/PUNKTU APTECZNEGO (o ile taka jest wnioskowana)

.....
**3. DANE APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO: numer telefonu, numer faksu, adres e-
mail, adres strony www**

4. DNI I GODZINY PRACY APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

.....

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