……………………………………..……… ……….….…………..…….

 (miejscowość, data)

………………………….………………….

……………………………………………..

(nazwa i adres podmiotu prowadzącego

 aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny)

 **Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Inspektor**

 **Farmaceutyczny w Bydgoszczy**

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU PROWADZENIA WYSYŁKOWEJ SPRZEDAŻY PRODUKTÓW LECZNICZYCH**

1. Nazwa apteki ogólnodostępnej/ punktu aptecznego oraz adres:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. ID apteki/punktu aptecznego:

……………………………………………………

1. Numer telefonu:

……………………………………………………………………………………………….

1. Adres poczty elektronicznej:

……………………………………………………………………………………………….

1. Adres strony internetowej, za pomocą której apteka ogólnodostępna / punkt apteczny zamierza prowadzić sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych:

………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za prawidłową realizację sprzedaży wysyłkowej

produktów leczniczych:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Data rozpoczęcia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych:

……………………………………………………………………………………………….

 …………………

 (czytelny podpis podmiotu

prowadzącego aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)