

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

.....
miejsowość, data

.....
(adres zamieszkania, siedziba i jej adres)

.....
Nr tel. (ewentualnie fax, e-mail)

NIP

PESEL

(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS - jeśli dotyczy

**Dolnośląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny we Wrocławiu**

**Pl. Powstańców Warszawy 1
50-951 Wrocław**

**W N I O S E K
o wydanie zaświadczenia potwierdzającego spełnienie
wymagań lokalowych i kadrowych**

Wnoszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego spełnienie wymagań lokalowych i kadrowych na prowadzenie sklepu zielarsko-medycznego.

1. ADRES SKLEPU ZIELARSKO-MEDYCZNEGO

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. NAZWA SKLEPU ZIELARSKO-MEDYCZNEGO (o ile taka jest wnioskowana)

3. DATA PODJĘCIA DZIAŁANOŚCI

.....
dzień

.....
miesiąc

.....
rok

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osób
upoważnionych do jego reprezentowania)

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku