

.....
podmiot ubiegający się o zgodę

.....
miejsowość, data

.....
adres siedziby podmiotu

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

Nr KRS

Nr w księdze rejestrowej prowadzonej przez wojewodę

Nr REGON

Nr NIP

**Dolnośląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny we Wrocławiu
Pl. Powstańców Warszawy 1
50-153 Wrocław**

W N I O S E K
**o udzielenie zgody na uruchomienie apteki szpitalnej /
działu farmacji szpitalnej**

W związku z art. 106 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U. z 2016r. poz. 2142) wnoszę o udzielenie zgody na uruchomienie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej

1. ADRES APTEKI SZPITALNEJ / DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

2. PROFIL LECZNICZY SZPITALA

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

3. PLANOWANA DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
dzień

.....
miesiąc

.....
rok

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

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku