

.....
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna tj. farmaceuta,
spółka jawna, spółka partnerska)

.....
miejsowość, data

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

**Dolnośląski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

NIP

**ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław**

PESEL*

.....
(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS - jeśli dotyczy

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

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

3. DANE APTEKI: numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony www

4. DNI I GODZINY PRACY APTEKI.....

5. ILOŚĆ PROWADZONYCH APTEK PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, WSPÓLNIKA, PARTNERA SPÓŁKI BĘDĄCEJ WNIOSKODAWCĄ

6. 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