Załącznik nr 1

…… ……
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizycza,osoba prawna *miejscowość, data*
spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)

……
(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)

……

NIP ……

PESEL*
……
(dotyczy osoby fizycznej)

Nr KRS - jeśli dotyczy
……

Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ul. Ofiar Oświęcimskich 12
50 – 069 Wrocław

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego

W związku z art. 100 ust. 1-3 i art. 70 ust. 4 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 punktu aptecznego.

1. ADRES PUNKTU APTECZNEGO

……
miejscowość *kod pocztowy*

……
ulica *nr lokalu*

……
gmina *powiat*

2. NAZWA PUNKTU APTECZNEGO *(o ile taka jest wnioskowana)*

……

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

……

4. DNI I GODZINY PRACY 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*