

.....  
.....  
( miejscowość, data )

.....  
.....  
( nazwa i adres przedsiębiorcy )

- osoba fizyczna, osoba prawna, spółka prawa handlowego  
nie mająca osobowości prawnej

.....  
.....  
( nr telefonu )

Nr NIP .....

Nr REGON .....

Nr KRS .....

***Dolnośląski Wojewódzki Inspektor  
Farmaceutyczny we Wrocławiu***

***ul. Ofiar Oświęcimskich 12  
50-069 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 / sklepu specjalistycznego zaopatrzenia medycznego \***

**1. ADRES SKLEPU**

.....  
.....  
*miejscowość*

.....  
.....  
*kod pocztowy*

.....  
.....  
*ulica*

.....  
.....  
*nr lokalu*

.....  
.....  
*gmina*

.....  
.....  
*powiat*

**2. NAZWA SKLEPU (o ile taka jest wnioskowana)**

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

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku

**\* niepotrzebne skreślić**