

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

.....
miejscowość, 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 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 2022 r. poz. 2301 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