



1 Okres ubezpieczenia: od 02.03.2025 r. do 01.03.2026 r.

2 Ubezpieczający: SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

REGON: 147050604

3 Ubezpieczony: SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

REGON: 147050604

Miejsce ubezpieczenia: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA

I. LOKAL (APTEKA)

Zakres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

	Ubezpieczenie od ognia i innych żywiołów wariant: od wszystkich ryzyk	Ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku
• Lokal	–	–
• Niskocenne składniki majątku	50 000 PLN ¹	5 000 PLN ²
• Wartości pieniężne	50 000 PLN ²	Kradzież z włamaniem: 25 000 PLN ² Rabunek w lokalu: 25 000 PLN ² Rabunek w transporcie: 50 000 PLN ² Łączna wartość transportów: – PLN
• Maszyny, urządzenia i wyposażenie (wg wartości odtworzeniowej)	1 000 000 PLN ¹	50 000 PLN ²
• Nakłady adaptacyjne	1 000 000 PLN ²	–
• Środki obrotowe	7 000 000 PLN ¹	100 000 PLN ²

System ubezpieczenia: ¹ sumy stałe; ² pierwsze ryzyko; ³ sumy zmienne

II. UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

Zakres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

• Sprzęt stacjonarny (Biurowy i uniwersalny)	50 000 PLN
• Telefony komórkowe Opis przedmiotu ubezpieczenia: m.in. 2 iPhone'y oraz inne	10 000 PLN
• Sprzęt przenośny Opis przedmiotu ubezpieczenia: 3 laptopy	10 000 PLN

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia

Franszyza redukcyjna

• Klauszula sprzętu przenośnego	10%, nie mniej niż 500 PLN
---------------------------------	----------------------------

III. UBEZPIECZENIE SZYB I INNYCH PRZEDMIOTÓW OD STŁUCZENIA

Zakres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

• Tablice reklamowe	15 000 PLN
• Oszklenia, witraże, lustra, wykładziny	15 000 PLN

IV. POSTANOWIENIA DODATKOWE DLA MIEJSCA UBEZPIECZENIA

Nazwa klauzuli

Franszyza redukcyjna

• Koszty zniszczenia leków wskutek niezachowania odpowiedniej temperatury Limit: 500 000 PLN	wg OWU
• Koszty utylizacji leków i utraty dokumentów	wg OWU
• Klauszula przepięć Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauszula rozmrożenia Limit: 50 000 PLN	zniesiona
• Klauszula drobnych prac remontowo-budowlanych Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauszula kosztów poszukiwania przyczyn szkody Limit: 10 000 PLN	500 PLN
• Klauszula dodatkowych kosztów działalności gospodarczej Limit: 50 000 PLN	10%
• Klauszula stałych kosztów działalności gospodarczej Limit: 50 000 PLN	zniesiona
• Koszty naprawy/wymiany zabezpieczeń Limit: 3 000 PLN	wg OWU
• Klauszula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych Limit: 10 000 PLN	500 PLN
• Klauszula kosztów uprzątnięcia pozostałości po szkodziu Limit: 50 000 PLN	wg OWU

1028702984/1c36074d-cd03-484e-b2e1-0d3d940f5972/BE20 PIN: 2538

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)
DSPMMSP/24F11_01/20250228.2027/proddppu01-369395909.3/FILE/1c36074d-cd03-484e-b2e1-0d3d940f5972

1/3

14

• Klauzula dewastacji Limit: 50 000 PLN; Podlimit dla urządzeń zewnętrznych: PLN	300 PLN
• Klauzula kosztów odtworzenia dokumentacji Limit: 50 000 PLN	wg OWU
• Klauzula aktów terroryzmu Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauzula zmiany franszyz redukcyjnych na integralne	wg OWU

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Odpowiedzialność cywilna w związku z posiadanym mieniem lub z tytułu prowadzenia działalności apteki

Ubezpieczona działalność wraz z PKD:

- Sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.73.Z)

5	Suma gwarancyjna	Suma gwarancyjna
	Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia	1 000 000 PLN
	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia	Podlimit
	• OC pracodawcy (klauzula nr 5)	1 000 000 PLN
	• OC najemcy nieruchomości (klauzula nr 7)	1 000 000 PLN
	Franszyza redukcyjna: zniesiona	1 000 000 PLN

Ubezpieczenie Assistance

Zakres podstawowy – zgodny z OWU

Franszyzy

	Franszyza integralna	Franszyza redukcyjna
7	Kradzież z włamaniem i rabunek	300 PLN
	Ogień i inne żywioły	300 PLN
	Szyby i inne przedmioty od stłuczenia	50 PLN
	Sprzęt elektroniczny - przenośny sprzęt elektroniczny	10%, nie mniej niż 500 PLN
	Sprzęt elektroniczny - sprzęt stacjonarny	250 PLN
	Sprzęt elektroniczny - telefony komórkowe	250 PLN

Zniżki i wyższe składki

Zniżka UW
Wznowione MSP

Składka łączna: 6 990,57 PLN

9	Jednorazowo
	Kwota w PLN
	6 990,57
	Termin płatności
	14.03.2025

Numer rachunku bankowego do zapłaty składki

30 1240 6960 3014 0110 0666 0006
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1028702984

Warunki ubezpieczenia

1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24

października 2023 r.

Postanowienia dodatkowe

Ubezpieczenie mienia

1. Klauzule dodatkowe:

Klauzula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych

Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień OWU i ze zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej ustala się, co następuje:

- 1) PZU obejmuje ochroną ubezpieczeniową od ryzyka kradzieży zwykłej urządzenia zewnętrzne należące do ubezpieczonego, zainstalowane na budynkach lub budowlach stanowiących własność lub użytkowanych przez ubezpieczonego;
- 2) w rozumieniu niniejszej klauzuli kradzież zwykła oznacza zabór w celu przywłaszczenia cudzej rzeczy ruchomej bez użycia przemocy lub groźby jej użycia wobec osoby bądź doprowadzenia osoby do stanu nieprzytomności lub bezbronności;
- 3) urządzenia powinny być zainstalowane i zabezpieczone w taki sposób, aby ich wymontowanie nie było możliwe bez pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi;
- 4) odpowiedzialność PZU z tytułu niniejszej klauzuli ograniczona jest do ustalonego w umowie ubezpieczenia limitu na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia;
- 5) dla szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli stosuje się franszyzę redukcyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

Klauzula zmiany franszyz redukcyjnych na integralne

Z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:

- 1) franszyzy redukcyjne wyrażone kwotowo, określone w OWU, mające zastosowanie w ubezpieczeniu mienia od ognia i innych żywiołów, mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz szczy i innych przedmiotów od stłuczenia, zostają zastąpione fransyzami integralnymi w takiej samej wysokości, w jakiej zostały określone franszyzy redukcyjne;
- 2) w rozumieniu niniejszej klauzuli określenie franszyza integralna oznacza: wyłączenie odpowiedzialności PZU za szkody nie przekraczające ustalonej w umowie ubezpieczenia kwoty.

Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24 października 2023 r. oraz Dokument zawierający informacje

o produkcie ubezpieczeniowym.

2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne

1. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.

Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.

2. Z zachowaniem pozostałych, niezmiennych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Dodatkowych informacji udzieli:

CENTRUM UBEZPIECZEŃ GARBAL CUG ARKADIUSZ GARBAL
ul. RACŁAWICKA 38-44/5, 21-040 ŚWIDNIK

1028702984/1c36074d-cd03-484e-b2e1-0d3d940f5972/BE20 PIN: 2538

801 102 102 pzu.pl

2/3



Data zawarcia umowy: 28.02.2025 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.

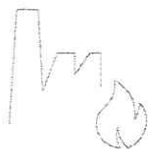
Podpis/pieczęć ubezpieczającego

SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Sprawdź, jak zabezpieczyć swoją firmę przed pożarem.

Zapoznaj się z poradnikiem na stronie <https://www.pzu.pl/poradnik-bezpieczenstwo-pozarowe>



801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

1028702984/1c36074d-cd03-484e-b2e1-0d3d940f5972/BE20 PIN: 2538

801 102 102 pzu.pl

3/3



OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA PZU DORADCA APTEKA

Numer polisy 1028702984



1 Okres ubezpieczenia: od 02.03.2025 r. do 01.03.2026 r.

2 Ubezpieczający: SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com
REGON: 147050604
Telefon: +48501136465

3 Składka łączna: 6 990,57 PLN
Sposób płatności: Przelew

Informacje do oceny ryzyka
Miejsce ubezpieczenia: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA

4 1) Działalność prowadzona w lokalizacji wraz z PKD:
a) Sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.73.Z)
2) Informacje o zabezpieczeniach przeciwkradzieżowych:
a) Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe dla wartości pieniężnych: Klasa odporności urządzeń zabezpieczających: Brak udokumentowanej klasy; Transport wartości
pieniężnych: Chroniony tylko przez osobę transportującą; Rodzaj pojemnika do transportowanych wartości pieniężnych: Inny pojemnik
3) Informacje dodatkowe dla: APTEKA
a) Rodzaj obiektu: Lokal
b) Klasa palności: niepalna

Oświadczenia

5 1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24 października 2023 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
2. Oświadczenie o wysokości obrotu, dotyczący:
1) SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, REGON: 147050604
a) całkowity obrót roczny: 25 000 000,00 PLN
b) obrót z działalności handlowej i produkcyjnej: 25 000 000,00 PLN
3. Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia:
1) w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, łączna suma wypłat: 0,00 PLN
2) w ciągu trzech ostatnich lat liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, łączna suma wypłat: 0,00 PLN
4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne

6 1. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
2. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.
3. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wysła e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Potwierdzam dane kontaktowe
SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com
Telefon: +48501136465

Dodatkowych informacji udzieli:
CENTRUM UBEZPIECZEŃ GARBAL CUG ARKADIUSZ GARBAL
ul. RACŁAWICKA 38-44/5, 21-040 ŚWIDNIK

Data zawarcia umowy: 28.02.2025 r.

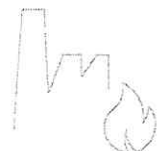
Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.

Podpis/pieczęć ubezpieczającego

SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Sprawdź, jak zabezpieczyć swoją firmę przed pożarem.
Zapoznaj się z poradnikiem na stronie <https://www.pzu.pl/poradnik-bezpieczenstwo-pozarowe>



801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Starzyńskiego 10, 03-456 Warszawa
NIP: 113-287-21-11, REGON: 147050604
KRS 0000494178
**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

1028702984/1c36074d-cd03-484e-b2e1-0d3d940f5972/BE20 PIN: 2538

Tomasz Krawczyk



Nazwa firmy: SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Numer klienta: 6C45VC

Potwierdzenie transakcji

Opis

POLISA Nr 1028702984 CEN2503240834955

Kwota	Data transakcji	Numer referencyjny transakcji
6 990,57 PLN	24.03.2025	CEN2503240834955

Typ transakcji / Kod

225 PRZELEW INTERNETOWY
225

Dane nadawcy

Nazwa i adres	Numer rachunku	Nazwa banku
SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ STARZYŃSKIEGO 10 03-456 Warszawa, Polska	PL27 2030 0045 1110 0000 0316 9870	BNPPL DOP/Warszawa

Dane odbiorcy

Nazwa i adres	Numer rachunku	Nazwa banku
PZU S.A	30 1240 6960 3014 0110 0666 0006	PEKAO Centrala-OOR 4

Niniejsze potwierdzenie przelewu zostało sporządzone na podst. art. 7 ustawy Prawo Bankowe (Dz.U. nr 72 z 2002r., poz. 665, z późniejszymi zmianami).
Dokument wygenerowany komputerowo, za pomocą systemu bankowości internetowej GOnline Biznes, nie wymaga podpisu ani stempla.

Uwaga! Data waluty jest prezentowana tylko wówczas, gdy jest inna niż data księgowania (data transakcji).

W przypadku potwierdzenia dla prowizji lub odsetek w polu Dane firmy prezentowane są dane właściciela rachunku oraz pole Dane odbiorcy nie jest wyświetlane.

WIF.WA.II.8520.4.54.2014.DB

ZEZWOLENIE

Na podstawie art. 99 ust. 1, 2, art. 108 ust. 4 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45 poz. 271 j.t.)

po rozpatrzeniu wniosku SOLISPHARM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie

o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

**Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
w Warszawie**

**udziela spółce działającej pod firmą:
SOLISPHARM
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

ZEZWOLENIA

na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

**położonej w 03-456 Warszawa, ul. Stefana Starzyńskiego 10
gmina Warszawa**

Zezwolenie obejmuje prowadzenie obrotu detalicznego produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i innymi artykułami zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45 poz. 271 j.t.) oraz innymi przepisami regulującymi obrót powyższymi produktami, wyrobami i artykułami.

Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Starzyńskiego 10, 03-456 Warszawa
NIP: 113-287-21-11, REGON: 147050604
KRS 0000494178

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

Tomasz Marzulewski

PODSTAWOWE WARUNKI PROWADZENIA APTEKI

1. Podjęcie działalności określonej w zezwoleniu i jej prowadzenie musi być zgodne z przepisami dotyczącymi produktów leczniczych, wyrobów medycznych i innego asortymentu, który może być przedmiotem obrotu prowadzonego w aptece, przepisami dotyczącymi aptek oraz Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej.
2. W celu realizacji recept podlegających refundacji podmiot prowadzący aptekę zawiera umowę na realizację recept z Narodowym Funduszem Zdrowia. Apteka, która zawiera ww. umowę zobowiązana jest do realizacji recept zgodnie z uprawnieniami pacjentów. Apteka, zgodnie z odrębnymi przepisami, przedstawia właściwemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia zbiorcze zestawienie recept podlegających refundacji. Zestawienie to stanowi podstawę refundacji.
3. Apteka jest zobowiązana do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokajania potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności, a w przypadku aptek, które zawarły umowę na realizację recept z Narodowym Funduszem Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem leków refundowanych, na które ustalono limit cenowy zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. Przedsiębiorca obowiązany jest powiadomić właściwego miejscowo Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o podjęciu działalności w terminie 7 dni przed uruchomieniem apteki.
5. Każdą zmianę na stanowisku kierownika apteki należy zgłosić najpóźniej 14 dni przed planowaną zmianą do właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, do zgłoszenia należy dołączyć opinię (zaświadczenie) właściwej miejscowo rady aptekarskiej, że kandydat na kierownika daje rękojmię należytego prowadzenia apteki.
6. Przedsiębiorca obowiązany jest zgłaszać organowi zezwalającemu wszelkie zmiany danych określone w zezwoleniu oraz w złożonych dokumentach nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich zaistnienia.
7. Zezwolenie jest ważne na czas nieoznaczony, jeżeli uruchomienie apteki nastąpi nie później niż w okresie 4 miesięcy, licząc od dnia doręczenia niniejszego zezwolenia.

W wypadku niedotrzymania powyższego terminu, zezwolenie może zostać cofnięte – zgodnie z art. 103 ust. 2 pkt 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Uzasadnienie:

Zgodnie z art. 107 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny odstąpił od uzasadnienia decyzji, gdyż uwzględniła ona w całości żądanie strony.

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Głównego Inspektora Farmaceutycznego, za pośrednictwem Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie, w terminie czternastu dni od daty doręczenia decyzji.



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY

Kostewicz
mgr farm. Mariola Kostewicz

Otrzymują:

Strona: SOLISPHARM Sp. z o.o. - Nr KRS 0000494178
adres do korespondencji – 00-626 Warszawa, ul. Marszałkowska 15A/11

2. a/a

Na podstawie art. 105 ust. 1 ustawy z 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) w zw. z art. 2 ust. 4 ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z dnia 10 października 2002r. (Dz. U. 2002 r. Nr 200, poz. 1679 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r. z dnia 11 września 2013 r. (Dz. U. poz. 1074) wniesiono dnia 11.05.2014. opłatę 84,00 na rachunek Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Warszawie, ul. Floriańska 10, 03-707 Warszawa, numer rachunku bankowego: NARODOWY BANK POLSKI O. WARSZAWA 06 1010 1010 0155 1222 3100 0000, tytułem opłaty za udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki

Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Starzyńskiego 10, 03-456 Warszawa
NIP: 113-287-21-11, REGON: 147050604
KRS 0000494178

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

Tomasz Marczak