
miejsowość, data

1. -----
(imię, nazwisko lub nazwa podmiotu, na rzecz którego nastąpić ma przeniesienie zezwolenia)

numer identyfikacji podatkowej (NIP) oraz numer PESEL lub - gdy ten numer nie został nadany - numer paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – dla osób fizycznych
lub
numer KRS – dla osób prawnych ;

(adres)

(adres c.d.)

2. -----
(imię, nazwisko lub nazwa podmiotu dysponującego zezwoleniem)

(adres)

(adres c.d.)

**Pomorski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny**
ul. Na Stoku 50
80-874 Gdańsk

Wniosek o przeniesienie zezwolenia

Wnosimy o przeniesienie zezwolenia nr z dnia na
prowadzenie na prowadzenie apteki o nazwie zlokalizowanej pod adresem:
.....na

..... (imię, nazwisko lub nazwa podmiotu,
na rzecz którego nastąpić ma przeniesienie zezwolenia).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy nr 1

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy nr 2

lub

lub

imiona, nazwiska i podpisy osób działających za
wnioskodawcę

imiona, nazwiska i podpisy osób działających za
wnioskodawcę

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)