

.....  
miejsowość, data

.....  
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna tj. farmaceuta,  
spółka jawna, spółka partnerska)

.....  
adres prowadzenia działalności gospodarczej / siedziba - adres

NIP .....

PESEL\* .....  
dotyczy osoby fizycznej

Nr KRS - jeśli dotyczy .....

**POMORSKI WOJEWÓDZKI  
INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY  
ul. Na Stoku 50, 80-874 Gdańsk**

**W N I O S E K**

**o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej**

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (*Dz. U. z 2020 r. poz. 944 z późn. zm.*) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

**1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ**

.....  
miejsowość

.....  
kod pocztowy

.....  
ulica

.....  
nr lokalu

.....  
gmina

.....  
powiat

**2. NAZWA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ (o ile taka jest wnioskowana)**

**3. DANE APTEKI: numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony www**

.....  
\* gdy nr PESEL nie został nadany należy wpisać numer paszportu, dowodu osobistego  
lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy podmiot jest osobą fizyczną;

