

.....
Podmiot ubiegający się o zezwolenie

.....
miejscowość, data

.....
(siedziba i jej adres lub adres głównego miejsca prowadzenia działalności – dotyczy osoby fizycznej)

.....
(nr telefonu, adres e-mail)

NIP

REGON

KRS – jeśli dotyczy

Nr księgi rejestrowej

(Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)

**Pomorski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na uruchomienie apteki szpitalnej

1. ZAKŁAD LECZNICZY PROWADZĄCY APTEKĘ SZPITALNĄ:

.....
.....
nazwa i adres

2. ADRES APTEKI SZPITALNEJ:

.....
miejscowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

3. ADRES E-MAILOWY

4. HARMONOGRAM, GODZINY PRACY

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI APTEKI SZPITALNEJ

6. KIEROWNIK APTEKI SZPITALNEJ

.....
imię i nazwisko

.....
nr tel kom.

.....
czytelny podpis i pieczętka osoby upoważnionej do
reprezentowania podmiotu składającego wniosek

UWAGA:

- wszystkie dane muszą być zgodne z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień złożenia wniosku
- wszystkie dokumenty składane do Inspektoratu winny być oryginałami lub notarialnie poświadczonymi kopiami.

W załączeniu:

(wymienić dokumenty dołączone do wniosku)