

.....
Podmiot ubiegający się o zezwolenie

.....
miejsowość, 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 prowadzenie działu farmacji szpitalnej

1. ZAKŁAD LECZNICZY PROWADZĄCY DZIAŁ FARMACJI SZPITALNEJ:

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

2. ADRES DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ:

.....
.....
miejsowość

.....
.....
kod pocztowy

.....
.....
ulica

.....
.....
nr lokalu

.....
.....
gmina

.....
.....
powiat

3. ADRES E-MAILOWY

4. HARMONOGRAM, GODZINY PRACY

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ

6. OSOBA ODPOWIEDZIALNA W DZIALE FARMACJI SZPITALNEJ (farmaceuta)

.....
.....
imię i nazwisko

.....
.....
nr tel kom.

.....
czytelny podpis i pieczęć 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)