

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć podmiotu posiadającego zezwolenie

**WOJEWÓDZKI INSPEKTORAT  
FARMACEUTYCZNY W GDAŃSKU  
ul. Na Stoku 50  
80-874 Gdańsk**

**W N I O S E K**  
**o powierzenie zastępstwa na stanowisku kierownika apteki ogólnodostępnej**

Z dniem ..... powierzam pełnienie funkcji kierownika apteki  
ogólnodostępnej:

.....  
.....  
*nazwa apteki ogólnodostępnej, ulica, kod, miejscowość*

mgr farm. ....  
*imię i nazwisko osoby proponowanej na zastępstwo kierownika apteki*

na zastępstwo powyżej 30 dni za mgr farm. ....

na okres od dnia ..... do dnia .....

.....  
czytelny podpis właściciela apteki

**Telefon kontaktowy (komórkowy):**