

.....
(miejscowość, data)

(imię, nazwisko lub nazwa podmiotu)

numer identyfikacji podatkowej (NIP)

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.)

(telefon kontaktowy)

Pomorski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny

W N I O S E K

- o **zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego***

Proszę o zmianę zezwolenia na prowadzenie apteki / punktu aptecznego o
nazwie..... położonej/go

.....
zezwolenie znak z dnia.....
wydane przez
dla

Zakres zmian w zezwoleniu (czego dotyczy zmiana):

.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że zrzekam(y) się prawa do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji¹.

.....
(podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1.....

2.....

¹ Złożenie oświadczenia skróci postępowanie. Jeśli wnioskodawca chce wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji, może powyższe oświadczenie skreślić.