--------------------------------------

 miejscowość, data

----------------------------------------

(imię, nazwisko lub nazwa podmiotu)

-----------------------------------------

(adres)

-----------------------------------------

(adres c.d.)

-----------------------------------------

(telefon kontaktowy – informacja nieobowiązkowa)

**Pomorski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Na Stoku 50, 80-874 Gdańsk**

**W N I O S E K**

**o stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie**

**apteki ogólnodostępnej/ apteki szpitalnej/ działu farmacji szpitalnej/ punktu aptecznego\***

Oświadczam/y, że z dniem …………………….. zrezygnowano z działalności polegającej na prowadzeniu apteki ogólnodostępnej / apteki szpitalnej/ działu farmacji szpitalnej/ punktu aptecznego\*:

|  |  |
| --- | --- |
| ID |  |
| Numer zezwolenia z dnia |  |
| Nazwa (jeśli posiada) |  |
| Adres |  |

Recepty i wydane na ich podstawie odpisy będą przechowywane pod adresem:

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że w stosunku do apteki **jest / nie jest** \* prowadzone postępowanie kontrolne bądź postępowanie administracyjne (art. 104 ust. 2a ustawy Prawo farmaceutyczne)

Oświadczam, że zrzekam(y) się prawa do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji (złożenie niniejszego oświadczenia skróci postępowanie; jeśli wnioskodawca chce wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji, może powyższe oświadczenie skreślić).

…………………………………………………

………………………………………………….

…………………………………………………..

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

lub

imiona, nazwiska i podpisy osób działających za wnioskodawcę

W załączeniu przedkładam\***:**

1. dowód zapłaty należnej opłaty skarbowej od decyzji o stwierdzeniu wygaśnięcia zezwolenia

(10 zł na rachunek Urzędu Miasta Gdańska).

\* niepotrzebne skreślić