.....
miejscowość, data

……
podmiot ubiegający się o zgodę

……

……
siedziba, adres

NIP ……

REGON ……

Nr KRS - ……

POMORSKI WOJEWÓDZKI INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY

ul. Na Stoku 50, 80-874 Gdańsk

W N I O S E K

o udzielenie zgody na uruchomienie apteki szpitalnej

W związku z art. 87 ust. 2a, art. 93, art. 98, art. 106 ust. 1 i 2, art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142) wnoszę o udzielenie zgody 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. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

……
Dzień, miesiąc, rok

……
czytelny podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego wniosek

UWAGA:
- wszystkie dane muszą być zgodne z wpisem do rejestru wojewody na dzień złożenia wniosku
- wszystkie dokumenty składane do Inspektoratu winny być oryginałami lub notarialnie poświadczonymi kopiami.

Nr telefonu kontaktowego osoby decyzyjnej ……

W załączeniu:
wymienić dokumenty dołączone do wniosku

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……