

(miejscowość, data)

(pieczęć podmiotu)

INFORMACJA O ZAMIARZE URUCHOMIENIA PUNKTU APTECZNEGO

Informuję, że punkt apteczny o nazwie.....

(dokładny adres punktu aptecznego)

na prowadzenie którego wydane zostało przez Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Warszawie

zezwolenie znak z dnia

zostanie uruchomiona w..... dniu.....

Kierownikiem punktu aptecznego jest.....

Punkt apteczny jest czynny w godzinach: w dni powszednie w soboty w niedziele

Numery telefonów do punktu aptecznego.....

Numer fax-u.....

adres e-mail do punktu aptecznego.....

W załączeniu:

Wykaz zatrudnionych w punkcie aptecznym farmaceutów i techników farmaceutycznych w 2 egzemplarzach.

(czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji podmiotu)