

.....
Podmiot ubiegający się o zgodę (osoba prawna, Spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej, osoba fizyczna)

.....
miejsowość, data

.....
(siedziba i jej adres lub adres zamieszkania – dotyczy osoby fizycznej)

.....
Nr tel. (ewentualnie fax, e-mail)

.....
NIP

.....
REGON

.....
Nr księgi rejestrowej

.....
Nr KRS / CEIDG

Mazowiecki Wojewódzki

Inspektor Farmaceutyczny

.....
(adres)
.....

W N I O S E K

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej*

W związku z art. 87 ust. 2a i ust. 4, 4c i 4d, art. 98, art. 106 ust. 1 i 2, ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020r. poz. 944 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej*.

1. NAZWA I ADRES ZAKŁADU LECZNICZEGO, W KTÓRYM ZOSTANIE UTWORZONA APTEKA SZPITALNA / DZIAŁ FARMACJI SZPITALNEJ*

2. ADRES APTEKI SZPITALNEJ / DZIAŁU FARMACJI SZPITALNEJ*

.....
miejsowość

.....
kod pocztowy

.....
ulica

.....
nr lokalu

.....
gmina

.....
powiat

3. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI

.....
dzień miesiąc rok

.....
(czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)

*niepotrzebne skreślić

W załączeniu

- wymienić dokumenty dołączone do wniosku

*niepotrzebne skreślić