................................................................ ...................................................... *podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna, osoba prawna, miejscowość, data*

*spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)*

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

 *(adres zameldowania, siedziba i jej adres)*

................................. **Wojewódzki**

##  Inspektor Farmaceutyczny

**w** .......................................................

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

 (adres)

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

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

 *nr tel. ( ewentualne fax, e-mail)*

NIP ...........................................................

PESEL ....................................................

 (*dotyczy osoby fizycznej)*

Nr KRS – jeśli dotyczy

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

# **W N I O S E K**

**o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej**

Na podstawie art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne *(Dz. U. z 2016r. poz.2142 z późn. zm. j.t.)* wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

1. ADRES APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ

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

 *miejscowość kod pocztowy*

*....................................................................................................................................................*

 *ulica nr lokalu*

*....................................................................................................................................................*

 *gmina powiat*

2. NAZWA APTEKI OGÓLNODOSTĘPNEJ *(o ile taka jest wnioskowana)*

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

3. DANE APTEKI: numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony www

……………………………………………………………………………………………………………

4. DNI I GODZINY PRACY APTEKI…………………………………………………………………

5. DATA PODJECIA DZIAŁAŁALNOŚCI(dzień, miesiąc rok)……………………………………..

6. WSKAZAZNIE LICZBY PROWADZONYCH APTEK PRZEZ PODMIOTY, O KTÓRYCH MOWA w art.99 ust.3a ustawy z dnia 6 września 2001r.Prawo farmaceutyczne.

…………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu*: (czytelny podpis składającego wniosek oraz data jego sporządzenia)*

- *wymienić dokumenty dołączone do wniosku*