

.....  
podmiot ubiegający się o zezwolenie (osoba fizyczna, osoba prawna,  
spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)

.....  
miejsowość, data

.....  
(adres zameldowania, siedziba i jej adres)

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

NIP .....

PESEL .....

(dotyczy osoby fizycznej)

.....  
**Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny**

**W** .....

.....  
(adres)

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

.....  
miejsowość

.....  
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 DZIAŁALNOŚCI(dzień, miesiąc rok).....

#### 6. WSKAZANIE 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