

Wnioskodawca:

.....
dane podmiotu prowadzącego aptekę

.....
numer zezwolenia na prowadzenie apteki

....., dnia
miejsowość data

Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w

.....
.....
.....
(adres siedziby organu)

**ZGŁOSZENIE
rozpoczęcia wysyłkowej sprzedaży leków**

1/ Firma podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny :

.....

2/ Adres siedziby podmiotu *(w przypadku osoby fizycznej: adres miejsca wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli jest inny niż adres i miejsce zamieszkania):*

.....

3/ Adres apteki ogólnodostępnej albo punktu aptecznego:

.....

4/ Nazwa apteki ogólnodostępnej albo punktu aptecznego, jeżeli taka jest nadana:

.....

5/ Adres strony internetowej, za pomocą której apteka ogólnodostępna albo punkt apteczny prowadzą sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych:

.....

6/ Numer telefonu:

7/ Numer faksu:

8/ Adres poczty elektronicznej:

9/ Data rozpoczęcia wysyłkowej sprzedaży leków (*nie wcześniej niż 14 dni od dnia zgłoszenia*):

.....

.....
(*data oraz podpis osoby reprezentującej wnioskodawcę*)