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

*spółka jawna, spółka partnerska)*

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

*(adres prowadzenia działalności gospodarczej, siedziba adres)*

**Wielkopolski Wojewódzki**

## Inspektor Farmaceutyczny

ul. Szwajcarska 5

61-285 Poznań

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

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

PESEL\* .....................................................

 (*dotyczy osoby fizycznej)*

Nr KRS - jeśli dotyczy .......................................

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

**o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej**

W związku z art. 100 ust. 1-3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne *(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2301, z późn. zm.)* 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. LICZBA PROWADZONYCH APTEK PRZEZ WNIOSKODAWCĘ, WSPÓLNIKA, PARTNERA SPÓŁKI BĘDĄCEJ WNIOSKODAWCĄ .………………………………………………………………….

6. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI ............................................................

*dzień miesiąc rok*

 *(czytelny podpis składającego wniosek)*

\* gdy nr PESEL nie został nadany należy wpisać numer paszportu, dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 w przypadku gdy podmiot jest osobą fizyczną

***W załączeniu:***

***- wymienić dokumenty dołączone do wniosku***