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

*miejscowość, data*

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

 *spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)*

….............................................................................

*adres prowadzenia działalności gospodarczej (dotyczy osoby fizycznej),siedziba i jej adres(dotyczy osoby prawnej, spółki prawa handlowego nie mającej osobowości prawnej)*

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

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

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

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

(*dotyczy osoby fizycznej)*

Nr KRS *(jeśli dotyczy)* ...................................................

**Świętokrzyski Wojewódzki**

## Inspektor Farmaceutyczny

**w Kielcach**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

# 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 roku – Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz.U. z 2021r poz. 1977z 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 ...................................................................................................................

 *(nr.tel., nr. faksu, adres e-mail, adres strony www, jeśli posiada)*

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

5. DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI .......................................................................................

 *(dd-mm-rrrr)*

6. LICZBA PROWADZONYCH APTEK……………………………………………………………

 *(czytelny podpis składającego wniosek)*