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

*miejscowość, data*

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

 *spółka prawa handlowego nie mająca osobowości prawnej)*

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

*adres prowadzenia działalności gospodarczej tj. adres przedmiotowego punktu aptecznego(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 punktu aptecznego**

W związku z art. 70 ust. 4 *ustawy z dnia 6 września 2001r. – Prawo farmaceutyczne* (Dz.U. z 2021r. poz.1977t.j., ze zm.). wnoszę o udzielenie zezwolenia na prowadzenie punktu aptecznego.

1. ADRES PUNKTU APTECZNEGO

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

 *miejscowość kod pocztowy*

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

 *ulica nr lokalu*

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

 *gmina powiat*

2. NAZWA PUNKTU APTECZNEGO *(o ile taka jest wnioskowana)*

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

3. DANE PUNKTU APTECZNEGO ...........................................................................................

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

4.DNI I GODZINY PRACY PUNKTU APTECZNEGO ..............................................................

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

 *(dd-mm-rrrr)*

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

 *(czytelny podpis składającego wniosek)*