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

 *(oznaczenie podmiotu) (miejscowość i data)*

*………………………………………………*

 *(adres, NIP)*

**Świętokrzyski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

**Z G Ł O S Z E N I E**

**nieprowadzenia działalności objętej zezwoleniem**

Zgłaszam zawieszenie działalności apteki ogólnodostępnej /punktu aptecznego\*:

1. Data zawieszenia (dd/mm/rr): ………....................................................................................

2. Przewidywany termin zakończenia zawieszenia (dd/mm/rr): ………....................................

3. ID placówki: ………................................................................................................................

4. Nazwa: ...................................................................................................................................

5. Adres: ….................................................................................................................................

6. Oznaczenie podmiotu prowadzącego placówkę: .………………………………......................

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

Oświadczam, że nadzór nad warunkami przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdujących się na stanie apteki ogólnodostępnej/ punktu aptecznego\* będzie sprawować

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko, stanowisko)*

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

 *(data i podpis osoby składającej wniosek)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego danych osobowych, w tym udostępnionych, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

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

 *(data i podpis osoby składającej wniosek)*

(\*) niepotrzebne skreślić