

.....
Podmiot ubiegający się o zaświadczenie (osoba fizyczna, osoba prawna,
Spółka prawa handlowego niemająca osobowości prawnej)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania/ adres siedziby)

.....
(nr tel. ewentualnie fax, e-mail)

NIP

REGON

KRS.....

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

W N I O S E K

**o wydanie zaświadczenia potwierdzającego spełnienie wymagań kadrowo-lokalowych
przez placówkę obrotu pozaaptecznego.**

Wnoszę o wydanie zaświadczenia dla

.....
(podać rodzaj placówki: sklep zielarsko-medyczny, sklep specjalistyczny zaopatrzenia medycznego)

.....
(miejsowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica)

.....
(nr lokalu)

.....
(gmina)

.....
(powiat)

nazwa placówki obrotu pozaaptecznego (jeżeli nadana)

data podjęcia działalności

.....
(dzień)

.....
(miesiąc)

.....
(rok)

.....
(czytelny podpis składającego wniosek)

W załączeniu

1. Tytuł prawny do pomieszczeń placówki obrotu pozaaptecznego (np. akt własności lokalu, umowa najmu lokalu, przyrzeczenie umowy, umowa przedwstępna).

2. Plan i opis techniczny pomieszczeń przeznaczonych na placówkę obrotu pozaaptecznego.

3. Opinia Inspekcji Sanitarnej o lokalu zgodnie z odrębnymi przepisami.

4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób wydających produkty lecznicze i wyroby medyczne, określone w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2009r. w sprawie kwalifikacji osób wydających produkty lecznicze w placówkach obrotu pozaaptecznego, a także wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal i wyposażenie tych placówek oraz punktów aptecznych /Dz. U. Nr 21 poz. 118/.

5. Potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej.