

.....
(nazwa i adres wnioskodawcy)

.....
(miejsowość i data)

telefon kontaktowy:

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Krakowie**

**ZGŁOSZENIE
nieprowadzenia działalności objętej zezwoleniem**

Zgłaszam zawieszenie działalności apteki:

1. Data zawieszenia:
2. Przewidywany termin zakończenia zawieszenia:
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 będzie sprawować

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)