.....
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:
Nazwa: …….
Adres: …….
Nr telefonu: ……
Nr NIP: …….
Nr REGON: ……..

Dane apteki/punktu aptecznego:
Nazwa: …….
Adres: ……
Kod ewidencyjny: ……

ZGŁOSZENIE ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI PRZEZ APTEKĘ / PUNKT APTECZNY

Informuję, że od dnia ..... apteka /punkt apteczny nie prowadzi działalności. W załączeniu przekazuję kopię decyzji Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego znak: ..... z dnia ..... roku stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego.

Oświadczam, że podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny nie będzie składał odwołania od powyższej decyzji, która stanie się ostateczna w dniu ..... roku.

Jednocześnie informuję, że zrealizowane w aptece recepty będą przechowywane pod adresem:

.....

.....

Dane osoby odpowiedzialnej za nadzór nad zarchiwizowanymi receptami:

.....

imię i nazwisko, numer telefonu kontaktowego

……
Podpis/y i pieczęć podmiotu prowadzącego aptekę/ punkt apteczny

<u>Załączniki</u>:

1. **Kopia decyzji stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.**