

.....
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 odwołań 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

Załączniki:

1. Kopia decyzji stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot prowadzący aptekę.
2. Oświadczenie o zakończeniu pełnienia funkcji kierownika apteki / punktu aptecznego.

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

**OŚWIADCZENIE
O ZAKOŃCZENIU PEŁNIENIA FUNKCJI KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO**

Oświadczam, że funkcję kierownika w aptece/punkcie aptecznym

.....
.....

nazwa i adres apteki/punktu aptecznego

pełniłam/-em od dnia roku do dnia roku
włącznie. Jednocześnie oświadczam, że w tych dniach nie pełniłam/-em funkcji kierownika w
innej aptece.

.....
Podpis/y i pieczęć
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....
Podpis/y i pieczęć
Kierownika apteki/ punktu aptecznego