

Kod Oddziału Wojewódzkiego: miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Nr ewidencyjny apteki: 09R/20

Wniosek podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny w sprawie wygaśnięcia umowy

Wnoszę o wygaśnięcie umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę nr, zawartej dnia

..... . Oświadczam, że decyzję nr

(FARZ-.....) z dnia Podkarpackiego

Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego stwierdzającą wygaśnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego

.....
(adres apteki/punktu aptecznego)

otrzymałam/em w dniu

Informuję, że recepty z w/w apteki/punktu aptecznego będą przechowywane pod adresem:

.....

.....
Podpis/y i pieczęć
Podmiotu prowadzącego aptekę

W załączeniu:

Kserokopia decyzji Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny