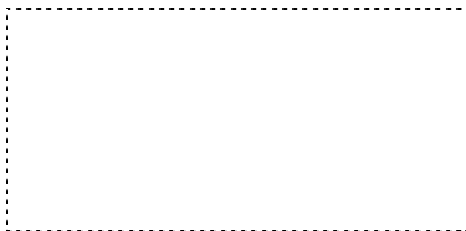


## ZGŁOSZENIE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ



Pieczętka jednostki

Jednostka organizacyjna  
(odpowiednie zaznaczyć X)

- Apteka prywatna typ A  
 Apteka prywatna typ B  
 Hurtownia

- Apteka resortowa  
 Apteka szpitalna  
 Apteka „CEFARM”

Dane jednostki

|              |                   |                  |         |
|--------------|-------------------|------------------|---------|
| Nazwa apteki | Dokładny adres    | Pon.-Piąt.:      | Sobota: |
| Telefon      | Data uruchomienia | Godziny otwarcia |         |

Właściciel zezwolenia (w przypadku spółki – podać dane każdego współwłaściciela)

1

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Imię i nazwisko      |         |
| Miejsce zamieszkania | Telefon |

2

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Imię i nazwisko      |         |
| Miejsce zamieszkania | Telefon |

3

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Imię i nazwisko      |         |
| Miejsce zamieszkania | Telefon |

4

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Imię i nazwisko      |         |
| Miejsce zamieszkania | Telefon |

Kierownik apteki / hurtowni

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| Imię i nazwisko                |               |
| Numer prawa wykonywania zawodu | specjalizacje |

### ZAŁĄCZNIKI:

1. KSEROKOPIA ZEZWOLENIA

---

Zatrudnieni pracownicy (magistry)

1

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

2

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

3

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

4

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

5

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

6

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

7

-----  
Imię i nazwisko

-----  
Numer prawa wykonywania zawodu

-----  
Wymiar czasu pracy

---

Ilość zatrudnionych techników farmacji

-----  
Podać liczbę

-----  
Data złożenia

-----  
Podpis kierownika

-----  
Podpis właściciela zezwolenia

