

KWESTIONARIUSZ Nr 3

do rejestru Apteki

.....
pełna nazwa apteki

.....
typ apteki

.....
adres:

.....
kod poczt.

.....
miejscowość

.....
województwo

.....
ulica

.....
telefon/fax:

.....
(nr komórki .kierow. apteki – sms):

.....
numer zezwolenia

.....
data wydania

.....
właściciel zezwolenia: imię i nazwisko lub nazwa podmiotu gospodarczego

.....
miejsce zamieszkania lub siedziba podmiotu gospodarczego

.....
kierownik apteki (imię i nazwisko, data objęcia funkcji kierownika)

.....
data uruchomienia apteki

.....
zatrudniony personel fachowy: (imię i nazwisko - wymiar czasu pracy i od kiedy)

.....
Godziny czynności apteki:

poniedz.-piątek :

sobota :

/ p o d p i s /

niedziela :

..... dniar.