K W E S T I O N A R I U S Z 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 :

..... dnia .....r.