**Formularz kierownika apteki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko kierownika apteki** |  | | | |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  | | | |
| **Nazwa i adres apteki** |  | | | |
| **Data objęcia funkcji kierownika apteki** |  | | | |
| **Data uruchomienia apteki** (w przypadku aptek nowo powstających lub zmieniających właściciela) |  | | | |
| **Nazwa właściciela apteki** |  | | | |
| **Obsada fachowa apteki** | **Imię i nazwisko** | **Data zatrudnienia** | **Wymiar czasu pracy** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Godziny pracy apteki** |  | **Nr tel. apteki** |  | |
| **Adres e-mail apteki** |  | **Adres e-mail kierownika** |  | |

……………………………………………

*data i podpis kierownika apteki*

*\** formularz można przesłać do Wlkp. OIA tradycyjną drogą pocztową lub drogą mailową