

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć apteki/punktu aptecznego)

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
w Katowicach**

Zgłaszam zamiar prowadzenia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych od dnia

.....

Adres strony internetowej*

Adres domeny, w której w/w strona jest zarejestrowana*

(w przypadku przyjmowania przez aptekę zamówień za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej)*

Osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację sprzedaży wysyłkowej produktów
leczniczych jest

.....
(data i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu
prowadzącego placówkę)