

Prosimy o wypełnienie ankiety i przesłanie do
Śląskiej Izby Aptekarskiej
ul. Kryniczna 15
40-637 Katowice
katowice@oia.pl



**ANKIETA ADRESOWA
APTEKI / HURTOWNI / APTEKI SZPITALNEJ**

Pieczęć:

ADRES:

Kod pocztowy..... Miejscowość

Ulica..... Numer

Telefon:..... Fax:.....

E-mail

NUMER KONCESJI

DATA WYDANIA KONCESJI.....

DATA URUCHOMIENIA APTEKI.....

WŁAŚCICIEL lub WŁAŚCICIELE:

.....
.....
.....

ADRES WŁAŚCICIELA:

.....
.....

KIEROWNIK APTEKI: od etat

ZATRUDNIENI MAGISTROWIE FARMACJI:

1. od etat

2. od etat

3. od etat

4. od etat

5. od etat

6. od etat

7. od etat