

PEŁNA NAZWA <i>dopuszczalna pieczęćka</i>			
NR KRS w przyp. CEIDG pole <i>pozostaje puste</i>			
NR NIP			
NR REGON			
Nr decyzji Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej <i>jeśli dotyczy proszę załączyć</i>			
DANE ADRESOWE: ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI <i>jeśli inny niż na pieczętce</i>			
Kod pocztowy i miasto			
Ulica i numer			
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI <i>proszę zaznaczyć jedno właściwe</i>			
<i>dostawca bez zezwolenia GIF</i> <input type="checkbox"/> Wytwórca <input type="checkbox"/> Podmiot odpowiedzialny <input type="checkbox"/> Firma handlowa, sprzedaż hurtowa <input type="checkbox"/> Inny		<i>odbiorca mający zezwolenie WIF</i> <input type="checkbox"/> Apteka <input type="checkbox"/> Punkt Apteczny <i>odbiorca mający zezwolenie GIF</i> <input type="checkbox"/> Hurtownia Farmaceutyczna <input type="checkbox"/> Podmiot wykonujący działalność leczniczą <input type="checkbox"/> SKLEP ogólnodostępny <input type="checkbox"/> Inny	
Numer zezwolenia na Prowadzenie działalności <i>jeśli dotyczy proszę załączyć z ewentualnymi aktualizacjami</i>			
Kierownik / Osoba odpowiedzialna (imię i nazwisko)			
Nr telefonu		e-mail	
Osoba do kontaktu w sprawach wstrzymania / wycofania (imię i nazwisko) <i>jeśli ta sama - puste</i>			
Nr telefonu		e-mail	

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Hurtowni Farmaceutycznej „Statim” o wszelkich zmianach dotyczących:

- danych rejestrowych i kontaktowych,
- zezwoleń i uprawnień do prowadzenia działalności,
- zmian mogących mieć wpływ na jakość lub bezpieczeństwo produktów leczniczych.

DATA	CZYTELNY PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ

Poniżej proszę zostawić **puste**

Partner handlowy	Zaakceptowany *właściwe zaznaczyć		uwagi:
	TAK*	NIE*	
Data i podpis Osoby Odpowiedzialnej			

Kwestionariusz **Partnera handlowego**
Hurtowni Farmaceutycznej STATIM

„START” Samczuk i Wspólnicy Sp. j.
ul. M. Konopnickiej 6/8, 16-400 Suwałki