MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej.	**MZ-10C** **Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu farmaceuty**	Adresat: **Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia** **ul. Stanisława Dubois 5A** **00 – 184 Warszawa**
Numer identyfikacyjny REGON		Przekazać za pomocą portalu https://ssoz.ezdrowie.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2016 (z danymi za rok 2016)

Dział 1. Farmaceuci uprawnieni do wykonywania zawodu (stan w dniu 31. 12.)

Województwo		Ogółem
0		1
Dolnośląskie	01	
Kujawsko-pomorskie	02	
Lubelskie	03	
Lubuskie	04	
Łódzkie	05	
Małopolskie	06	
Mazowieckie	07	
Opolskie	08	
Podkarpackie	09	
Podlaskie	10	
Pomorskie	11	
Śląskie	12	
Świętokrzyskie	13	
Warmińsko-mazurskie	14	
Wielkopolskie	15	
Zachodniopomorskie	16	

Obciążenie respondentów

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnienia formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

…..... (imię, nazwisko i telefon osoby, która sporządziła sprawozdanie)

..... (miejscowość i data)

……..... Imię i nazwisko osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)