

<b>MINISTERSTWO ZDROWIA</b> <b>CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA</b>		
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej.	<b>MZ-10C</b>  <b>Sprawozdanie o uprawnionych          do wykonywania zawodu farmaceuty</b>	Adresat: <b>Centrum Systemów          Informacyjnych Ochrony Zdrowia          ul. Stanisława Dubois 5A          00 – 184 Warszawa</b>
Numer identyfikacyjny REGON		Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2017 (z danymi za rok 2017)

**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)