

BRAK DANYCH

LP.	NAZWA PRZEDSIĘBIORCY / WŁAŚCICIEL / ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	ULICA	KOD	MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	ZAKRES DZIAŁALNOŚCI	NAZWA APTEKI ZAKŁADOWEJ	NR DECYZJI / ZGODY WIF	DATA WYSTAWI ENIA DECYZJI / ZGODY WIF	ULICA	KOD POCZT OWY	MIEJSCOWOŚĆ	GMINA / DZIELNICA	POWIAT	GODZINY PRACY OD PONIEDZIA ŁKU DO PIĄTKU	GODZINY PRACY W SOBOTY	ADRES MAILOWY	TELEFON
	BRAK DANYCH																	