Modelul nr. 3

Către, MINISTERUL SĂNĂTĂŢII
DIRECŢIA FARMACEUTICĂ ŞI DISPOZITIVE MEDICALE

Subsemnatul/a (nume şi prenume), ..., în calitate de reprezentant legal al .....
cu sediul social aflat la adresa .....telefon.....e-mail ....., înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului ....., cod unic de înregistrare/cod fiscal ....., şi .....(nume şi prenume), în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie-şef, vă rog să emiteţi Autorizaţia de funcţionare/Anexa la Autorizaţia de funcţionare pentru unitatea farmaceutică aflată la adresa ....., pentru:

1. înfiinţare unitate farmaceutică:
☐ farmacie comunitară
- ☐ în mediul urban;
- ☐ în mediul rural;

☐ farmacie cu circuit închis
- ☐ în mediul urban;
- ☐ în mediul rural;

☐ drogherie
- ☐ în mediul urban;
- ☐ în mediul rural;

2. modificare condiţii iniţiale de autorizare, respectiv:
☐ mutare sediu social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutică;
☐ modificare/reorganizare spaţiu unitate farmaceutică;
☐ înfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;
☐ activitate de vânzare şi eliberare online a medicamentelor;
☐ activitate de receptură şi laborator;
☐ reluarea activităţii în perioada de suspendare, cu mutare;
☐ desfiinţare activitate opţională.....

Anexez prezentei cereri documentaţia în conformitate cu Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi normele de aplicare ale acesteia.

Declar pe propria răspundere că documentele ataşate sunt conforme cu originalul şi îmi asum răspunderea pentru veridicitatea acestora.

Date de contact pentru corespondenţă în vederea soluţionării cererii:
e-mail: .....
telefon: .....

Reprezentant legal,
Nume, prenume
.....

Semnătură,
.....

Farmacist-şef/Asistent medical de farmacie şef
Nume, prenume
.....

Semnătură,
.....