

Ž I A D O S Ť (FO)

o vydanie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, podľa § 6 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

- Typ zariadenia
- verejná lekáreň*
 - výdajňa zdravotníckych pomôcok*
 - výdajňa ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok*
 - výdajňa audio-protetických zdravotníckych pomôcok*

FYZICKÁ OSOBA (FO)

Meno a priezvisko, titul (držiteľ povolenia):

Adresa bydliska:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Názov alebo obchodné meno:

ODBORNÝ ZÁSTUPCA

Meno a priezvisko, titul **odborného zástupcu**:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia: Štátne občianstvo:

Rodné číslo

Registračné číslo (ID) a označenie komory:

ZAOBCHÁDZANIE s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami

Druh a rozsah zaobchádzania s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami:

Adresa miesta výkonu činnosti:

Kontakt na zdravotnícke zariadenie (verejná lekáreň, výdajňa zdravotníckych pomôcok, ...)

Telefón/Mobil:

E-mail:

**Deň začatia zaobchádzania s liekmi
a so zdravotníckymi pomôckami**
(predpokladaný):

V dňa

Podpisom **čestne vyhlasujem**, že údaje uvedené v žiadosti a predloženej listiny **sú pravdivé**.

podpis žiadateľa

*Nehodiace sa preškrtnúť!

Žiadosti zasielajte na adresu: Prešovský samosprávny kraj, Námestie mieru č. 2, 080 01 Prešov