|  |  |
| --- | --- |
| **ŽIADOSŤ (FO)** o **vydanie povolenia** na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, | |
| podľa **§ 8, ods. 3** **zákona č. 362/2011 Z. z**. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov | |
| Zaškrtnite dôvod **zmeny** | * **zmena druhu alebo rozsahu zaobchádzania s liekmi\*** * **zmena miesta výkonu činnosti\*** * **zmena osoby odborného zástupcu\*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: |  | | | | |
| **Číslo povolenia** na poskytovanie lekárenskej starostlivosti: | | | |  | |
| **Deň začatia** **činnosti** (predpokladaný): | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| V |  | dňa |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| podpis žiadateľa |

|  |
| --- |
| \*Nehodiace sa preškrtnúť! |
| **Žiadosti zasielajte na adresu**: Prešovský samosprávny kraj, Námestie mieru č. 2, 080 01 Prešov |