

Ž I A D O S Ť (P O)

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*

PRÁVNICKÁ OSOBA (PO)

Názov alebo obchodné meno, sídlo, právna forma, IČO (držiteľ povolenia):

Meno a priezvisko osoby, ktorá je **štatutárnym orgánom**:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

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