|  |  |
| --- | --- |
| **ŽIADOSŤ (FO)** o **zrušenie povolenia** na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, | |
| podľa **§ 10, ods. 1 písm. e)** **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: | | |  | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Telefón/Mobil: |  | | | | |
| E-mail: |  | | | | |
| **Číslo povolenia** na poskytovanie lekárenskej starostlivosti: | | | |  | |
| **Deň ukončenia** **činnosti**: | |  | | | |

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

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

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