

Modelul nr.2

Către Direcția de Sănătate Publică a Județului

Subsemnatul/a,(numele și prenumele)....., în calitate de reprezentant legal al, cu sediul social aflat la adresa, telefon, e-mail, înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului, cod unic de înregistrare/cod fiscal, și(numele și prenumele)....., în calitate de farmacist-șef/asistent medical de farmacie șef, vă rog să planificați inspecția la unitatea farmaceutică aflată la

adresa:....., în vederea emiterii Raportului de inspecție de verificare a conformității spațiului unității farmaceutice și a Deciziei de conformitate pentru:1. înființare 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. modificarea condițiilor inițiale de autorizare, respectiv:
- mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unității farmaceutice;
- modificarea/reorganizarea spațiului unității farmaceutice;
- înființare officină comunitară rurală/sezonieră/officină cu circuit închis;
- activitate de vânzare și eliberare online a medicamentelor;
- activitate de receptură și laborator;
- desființare activitate opțională

Anexez prezentei cereri documentația în conformitate cu Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și normele de aplicare a acesteia.

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

Date de contact pentru corespondență în vederea soluționării cererii:

e-mail:

telefon:

Reprezentant legal Numele, prenumele	Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef Numele, prenumele
Semnătura	Semnătura