

Ž I A D O S Ť (P O)

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*

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:

Deň začatia zaobchádzania s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami

(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