

# Ž I A D O S Ť (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