|  |
| --- |
| **ŽIADOSŤ (PO)**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\***
 |

|  |
| --- |
| **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: |  |
| 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 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 |