Către,

**DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEŢULUI HARGHITA**

Subsemnaţul/a *.......*numele și prenumele , în calitate de reprezentant legal al ..............................

cu sediul social aflat la adresa ............ , telefon ............, e-mail ............, înregistrată la Oficiul Naţional 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 oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină 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 | Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef |
| .......Numele, prenumele | .......Numele, prenumele |
| Semnătura | Semnătura |
|  |  |