**Modelul nr. 11**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEŢULUI .................**

**DECIZIE DE CONFORMITATE**

**PENTRU SPAȚIUL UNITĂȚII FARMACEUTICE**

................/.........................

(număr/zi - lună - an)

    **Date administrative:**

 Unitate farmaceutică:

    |¯| Farmacie comunitară

 |¯| Farmacie cu circuit închis

 |¯| Oficina comunitară rurală/sezonieră/oficină de circuit închis

    |¯| Drogherie

Denumirea societăţii/unităţii sanitare: .............................................................

Sediul social: ...................................................................................................

Adresa unităţii inspectate: .........................................................................................................................

Telefon…………………………….

E-mail: .............................................

În baza raportului de inspecţie favorabil întocmit de către personalul împuternicit din cadrul Direcţiei de Sănătate Publică a Judeţului ........................./Municipiului Bucureşti, se emite prezenta DECIZIE DE CONFORMITATE a spaţiului unității farmaceutice, ca urmare a:

|¯| înființare farmacie comunitară/farmacie cu circuit închis/drogherie

|¯| înfiinţarea de oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină de circuit închis

|¯| mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutice

|¯| modificarea spaţiului unităţii farmaceutice

|¯| vânzare şi eliberare online a medicamentelor în conformitate cu prevederile legale

|¯| activitate de receptură și laborator

|¯| alte activități opționale, în conformitate cu dispoziţiile Legii farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi Normelor privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea unităţilor farmaceutice, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 444/2019, cu modificările şi completările ulterioare.

**Director executiv,**

..............................