**Modelul nr. 3**

**Către, MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**DIRECŢIA FARMACEUTICĂ Ș I DISPOZITIVE MEDICALE**

Subsemnaţul/a (nume şi prenume), ..........................................................................., în calitate de reprezentant legal al ………………………………………………………………………………..

cu sediul social aflat la adresa ............................telefon…………………e-mail ................, înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului ........................, cod unic de înregistrare/cod fiscal ......................., şi ............................................., în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie-şef, vă rog să planificaţi inspecţia la unitatea farmaceutică aflată la adresa:…………………………………………………………….., vă rog să emiteți Autorizația de fumcționare/Anexa la Autorizația de funcționare pentru unitatea farmaceutică aflată la adresa …………………………………………………………………………………………, 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. modificare condiții inițiale de autorizare, respectiv:**

|¯| mutare sediu social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutică;

|¯| modificare spaţiu unitate farmaceutică;

|¯| înfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină de circuit închis;

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

|¯| activitate de receptură și laborator;

|¯| alte activități opționale…………………………………………………………………………

 Anexez prezentei cereri documentaţia în conformitate cu Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi normele de aplicare ale acesteia.

Declar pe propria răspundere că documentele atașate sunt conforme cu originalul şi îmi asum răspunderea pentru veridicitatea acestora.

Date de contact pentru corespondență în vederea soluţionării cererii:

e-mail: .............................................

 telefon: ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal,Nune, prenume ………………………………………  | Farmacist-şef/Asistent medical de farmacie șefNume, prenume ……………………………….. |
| Semnătură,………………………………………. | Semnătură,………………………………… |