Modelul nr. 5

    Către

    **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**DIRECŢIA FARMACEUTICĂ SI 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 (nume, prenume)............................................., în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie-şef, vă rog să binevoiţi a elibera un duplicat al Autorizaţiei de funcţionare nr. ........../anexei nr..........................eliberate pentru:

    |¯| farmacia comunitară

    |¯| farmacia cu circuit închis

    |¯| drogheria

aflată la adresa: .....................................................................................................................

datorită pierderii, furtului, distrugerii complete, deteriorării parţiale a autorizaţiei/anexei.

Pierderea/furtul/distrugerea a fost publicat(ă) în ziarul .....................................

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal, | Farmacist-şef/Asistent medical de farmacie-șef, |
| Nume Prenume...............................Semnătura………………….. | Nume Prenume și Semnătura..............................Semnătura………………… |

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 corespondența în vederea soluţionării cererii:

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

 telefon: ……………………………