

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

Data:

Oznaczenie Podmiotu (nazwa, adres, NIP, KRS)

Telefon kontaktowy:

**Małopolski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Krakowie**

**Wniosek o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej /
punktu aptecznego ***

Wnoszę o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej / punktu
aptecznego z dniem:

ID apteki/punktu aptecznego:

Numer zezwolenia z dnia:

Nazwa apteki/punktu aptecznego:

Adres apteki/punktu aptecznego:

Recepty i wydane na ich podstawie odpisy będą przechowywane:

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

Apteka/punkt apteczny zostanie zamknięty dla pacjentów z dniem.....

Powód wygaszenia zezwolenia (podstawa prawna art. 104 ust. 1 ustawy P.F.) *:

- 1) śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną;
- 2) rezygnacja z prowadzonej działalności;
- 3) likwidacja osoby prawnej, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej;
- 4) przekształcenie podmiotu prowadzącego aptekę w podmiot inny niż wskazany w art. 99 ust. 4 pkt 2;

Oświadczam, że w stosunku do apteki **jest / nie jest** * prowadzone postępowanie kontrolne bądź postępowanie administracyjne (art. 104 ust. 2a ustawy P.F.)

.....
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej (pełnomocnika)

Produkty lecznicze znajdujące się na stanie apteki / punktu aptecznego zostaną:

- poddane utylizacji *
- zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego – na podstawie art. 104 ust. 5 ustawy P.F. *

Wnoszę o wyrażenie zgody na zbycie produktów aptecznych do hurtowni farmaceutycznej/ apteki/punktu aptecznego* o nazwie:

zlokalizowanej pod adresem:

.....

prowadzonej przez: (oznaczenie podmiotu: nazwa, adres, NIP)

.....

.....

- zwrócone do hurtowni farmaceutycznej *

- inne: *

W załączeniu przedkładam: *

1. w przypadku zbycia produktów leczniczych; *

— wykaz produktów leczniczych, które zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego na podstawie art. 104 ust. 5 ustawy P.F. zawierający w odniesieniu do każdego produktu: nazwę, dawkę, wielkość opakowania, liczbę opakowań, postać farmaceutyczną, numer GTIN zgodny z systemem GS1, numer serii oraz datę ważności;

— oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego o prawidłowym przechowywaniu i warunkach transportu wskazanych produktów leczniczych;

— oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego, że wskazany wykaz jest zgodny z wykazem umieszczonym w systemie ZSMOPL;

2. pełnomocnictwo wraz z opłatą; *

3. wydruk z programu komputerowego potwierdzający zerowe stany magazynowe. *

Oświadczam, że zostanie wysłany ostatni raport do systemu ZSMOPL, zgodny z powyższym wnioskiem, zerujący stany magazynowe w systemie ZSMOPL.

.....

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej(pełnomocnika)

UWAGA

*** NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**