

ANEXA 2  
MODEL Nr.5

Către,

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**DIRECȚIA GENERALĂ STRATEGII ȘI POLITICA MEDICAMENTULUI**

Subsemnatul (numele și prenumele).....  
în calitate de ..... la societatea comercială.....  
....., cu sediul social aflat la  
adresa.....  
telefon/fax....., înregistrată la Oficiul Național al  
Registrului Comerțului....., cod fiscal.....  
vă rog să binevoiți a preschimba autorizația nr.....pentru

- farmacia comunitară
- farmacia cu circuit închis
- drogheria

aflată la adresa.....  
.....

Anexez prezentei cereri documentația solicitată de Legea farmaciei nr. 266/2008,  
republicată și normele de aplicare ale acesteia.

Declar pe proprie răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi  
asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Semnătura, ștampila