**Modelul nr. 4**

**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 ............................................., în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie-şef, vă rog să emiteţi Anexă la Autorizația de funcționare pentru modificarea condițiilor inițiale de autorizare, respectiv:

  |¯| schimbarea detinatorului persoană juridică

    |¯| schimbarea farmacistului şef

   |¯| modificarea farmacistului responsabil pentru activitatea online

 |¯| autorizarea activității opționale de vaccinare

    |¯| modificarea adresei sediului social

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

    |¯| încetarea activităţii farmaciei/drogheriei online;

    |¯| suspendarea activităţii unităţii farmaceutice pe o perioadă mai mică de 30 zile (notificare,

 fără înscriere mențiune)

 |¯| suspendarea activităţii unităţii farmaceutice pe o perioadă de maxim 180 zile (înscriere

 mențiune pe anexă la autorizația de funcționare)

 |¯| reluarea activităţii în intervalul de suspendare.

 |¯| anularea autorizaţiei de funcţionare;

 |¯|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 corespondența în vederea soluţionării cererii:

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

 telefon: ……………………………

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