Model nr. 7

 Către,        COLEGIUL FARMACIŞTILOR DIN ROMÂNIA

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 informez că în cadrul societăţii/unităţii sanitare………………. au intervenit următoarele modificări:

 |¯|înființare unitate farmaceutică:

 |¯|farmacie comunitară

 |¯| farmacie cu circuit închis

 |¯| drogherie

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

 |¯| mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutice;

 |¯| modificarea spaţiului unităţii farmaceutice

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

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

 |¯| activitate de receptură și laborator

   |¯| schimbarea detinatorului persoană juridică

    |¯| schimbarea farmacistului şef/asistent medical de farmacie-șef

   |¯| schimbarea 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/drogherie 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…………………………………………………………………………

Frmacist-șef/Asistent medical de farmacie-șef

Nume Prenume și Semnătura,

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