    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,

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