

Žiadosť o schválenie prevádzkového času – právnická osoba - PO

Obchodné meno:.....

Sídlo:.....

Právna forma:.....

IČO:.....

1. Meno a priezvisko konateľa:.....

Rodné číslo konateľa:.....

Dátum narodenia konateľa:

Adresa bydliska konateľa:.....

2.

3.

Meno a priezvisko odborného zástupcu:.....

Rodné číslo odborného zástupcu:.....

Dátum narodenia odborného zástupcu:

Adresa bydliska odborného zástupcu:.....

Druh a rozsah zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami:.....

.....

Názov zariadenia:

Adresa miesta výkonu

činnosti:.....

Deň začatia zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami:

.....

Telefonický a emailový kontakt do lekárne:.....

Prevádzkový čas:

.....

Podpis

Súčasne v súlade s § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím na dobu neurčitú so spracovaním, evidenciou a uchovávaním osobných údajov za účelom vydania povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti a registratúry poskytovateľov lekárenskej starostlivosti.

Žiadosť je bez poplatku!

