

Žiadosť o zrušenie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti – fyzická osoba - FO

Meno a priezvisko žiadateľa:.....

Dátum narodenia žiadateľa:

Rodné číslo žiadateľa:.....

IČO :.....

Adresa bydliska:.....

Meno a priezvisko odborného zástupcu (ak je ustanovený):.....

Adresa bydliska odborného zástupcu:.....

Dátum narodenia odborného zástupcu:
.....

Rodné číslo odborného zástupcu:.....

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

Názov zariadenia:

Adresa miesta výkonu činnosti:.....

Dôvod ukončenia zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami:.....

Deň ukončenia zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami:
.....

Telefonický kontakt žiadateľa:.....

.....

podpis

Súčasne v súlade so zákonom č. 18/2018 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!

