

Žiadosť o zrušenie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti – právnická osoba - PO

Názov alebo obchodné meno:.....

Sídlo:.....

Právna forma:.....

IČO:.....

1. Meno a priezvisko štatutára:.....

Rodné číslo:.....

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:.....

2. štatutár:

3. štatutár:

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:.....

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!