Data……..

Dane właściciela:

…….

…….

…….

Telefon kontaktowy …….

Kujawsko-Pomorski Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Bydgoszczy

Wniosek o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie
apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego *

Wnioskuje o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie
apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego* z dniem:……
ID apteki / punktu aptecznego*……..
Numer zezwolenia z dnia: ……
Nazwa apteki / punktu aptecznego*:……....
Adres apteki / punktu aptecznego*:……..
……...

Oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępną / punkt apteczny*
Nazwa:……
KRS/NIP: ……..
Adres siedziby:……..
……..
……..

Recepty i wydane na ich podstawie odpisy będą przechowywane:
……
……
……

Apteka ogólnodostępna / punkt apteczny* zostanie zamknięty dla pacjentów z dniem…….....

- Powód wygaszenia zezwolenia (podstawa prawna art. 104 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne) – ZAZNACZ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ:

1) śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną;
2) rezygnacja z prowadzonej działalności;
3) likwidacja osoby prawnej, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej;
4) przekształcenie podmiotu prowadzącego aptekę w podmiot inny niż wskazany w art. 99 ust. 4 pkt 2

Oświadczam, że w stosunku do apteki / punktu aptecznego*
jest / nie jest * prowadzone postępowanie kontrolne bądź postępowanie administracyjne (art. 104 ust. 2a ustawy Prawo farmaceutyczne).

……
(data i podpis wnioskodawcy)

Produkty lecznicze znajdujące się na stanie apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego* zostaną – ZAZNACZ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ:

- **poddane utylizacji**
- **zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego – na podstawie art. 104 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne**
  …….....
  ……..
  …….
- **zwrócone do hurtowni farmaceutycznej**
- **inne:……**
  ..……...
  ……..

W załączeniu przedkładam**:**

1. potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej od decyzji o stwierdzeniu wygaśnięcia zezwolenia
2. wydruk z programu komputerowego potwierdzający zerowe stany magazynowe

3. pełnomocnictwo wraz z opłatą skarbową – JEŻELI DOTYCZY
4. w przypadku zbycia produktów leczniczych – JEŻELI DOTYCZY:
   - wykaz produktów leczniczych, które zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego na podstawie art. 104 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne zawierający w odniesieniu do każdego produktu: **nazwę, dawkę, wielkość opakowania, liczbę opakowań, postać farmaceutyczną, numer GTIN zgodny z systemem GS1, numer serii oraz datę ważności**
   - oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego o prawidłowym przechowywaniu i warunkach transportu wskazanych produktów leczniczych
   - oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego, że wskazany wykaz jest zgodny z wykazem umieszczonym w systemie ZSMOPL

Oświadczam, że zostanie wysłany ostatni raport do systemu ZSMOPL, zgodny z powyższym wnioskiem, zerujący stany magazynowe w systemie ZSMOPL.

…….

(data i podpis wnioskodawcy)

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ