

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) *:

- 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 **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:

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

.....
.....
.....
(nazwa, adres, NIP)

- **zwrócone do hurtowni farmaceutycznej ***

- **inne*:**.....
.....
.....
.....

W załączeniu przedkładam :

1. potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej od decyzji o stwierdzeniu wygaśnięcia zezwolenia

2. w przypadku zbycia produktów leczniczych*

- 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

3. pełnomocnictwo wraz z opłatą *

4. wydruk z programu komputerowego potwierdzający zerowe stany magazynowe *

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

Dane właściciela:

data:.....

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

Adres e-mail:.....

Wniosek o usunięcie danych w systemie ZSMOPL

Wnioskuje o:

- usunięcie danych w systemie ZSMOPL dla apteki/punktu aptecznego
- usunięcie konta *

ID:.....

Nazwa:.....

Adres :.....

.....

w związku z wygaszeniem zezwolenia.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

*w przypadku, gdy podmiot posiada wiele jednostek raportujących czynność ta leży po stronie podmiotu. Instrukcja zawierająca sposób postępowania dla wyżej wskazanej czynności dostępna jest pod wskazanym linkiem <https://cez.gov.pl/projekty/nasze-systemy/project/zintegrowany-system-monitorowania-obrotu-produktami-leczniczymi-zsmopl/>

