|  |  |
| --- | --- |
| Dane właściciela …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………Telefon kontaktowy……………………………. | Data………………………………….. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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

1. pełnomocnictwo wraz z opłatą \*
2. 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:…………………………………………..…………………………………………..…………………………………………..…………………………………………..Adres e-mail:…………………………… | data:…………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **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/