

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