**Modelul nr. 7**

Către **COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA**

Subsemnatul/a ......................................, în calitate de reprezentant legal al .................................,

(numele și prenumele)

cu sediul social aflat la adresa ......................................................, telefon ……….., e-mail ............................., înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului ........................................., cod unic de înregistrare/ cod fiscal .................................., și ...................................................................,

(numele și prenumele)

în calitate de farmacist-șef/asistent medical de farmacie șef, vă informez că în cadrul societății/unității

sanitare ....................................................................... au intervenit următoarele modificări:

* înființare unitate farmaceutică
* farmacie comunitară
* farmacie cu circuit închis
* drogherie

aflată la adresa: ............................................

* mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unității farmaceutice;
* modificarea/reorganizarea spațiului unității farmaceutice;
* înființare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;
* activitate de vânzare și eliberare online a medicamentelor;
* activitate de receptură și laborator;
* schimbarea deținătorului de autorizație persoană juridică;
* schimbarea deținătorului de autorizație conducător de unitate farmaceutică;
* schimbarea farmacistului responsabil pentru activitatea online;
* activitate opțională de vaccinare;
* modificarea adresei sediului social;
* desființare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;
* suspendarea activității unității farmaceutice pe o perioadă mai mică de 30 de zile (notificare, fără înscriere mențiune);
* suspendarea activității unității farmaceutice pe o perioadă de maximum 180 de zile (înscriere mențiune pe anexă la autorizația de funcționare);
* reluarea activității în intervalul de suspendare;
* anularea autorizației de funcționare;
* desființare activitate opțională ……………………
* actualizare alte date de identificare …………………

|  |  |
| --- | --- |
| *Reprezentant legal*  Numele, prenumele  ...............................  Semnătura  …………………….. . | *Farmacist-șef/*  *Asistent medical de farmacie șef*  Numele, prenumele  ………………………….  Semnătura  ………………………… |