**ŽÁDOST O VYDÁNÍ ZÁVAZNÉHO STANOVISKA K TECHNICKÉMU A VĚCNÉMU VYBAVENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍHO LÉKÁRENSKOU PÉČI–VÝDEJNY ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ**

**podle § 15 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žadatel (jméno)** |  | |
| **Identifikační číslo** **– IČ** |  | |
| **Sídlo:** |  | |
| **Datová schránka:** |  | |
| **Statutární zástupce**: jméno, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresa místa trvalého pobytu, datum a místo narození. |  | |
| **Kontaktní údaje žadatele**: telefon, e-mail |  | |
| **Odborný zástupce**: jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresa místa trvalého pobytu, datum a místo narození |  | |
| **Místo poskytování lékárenské péče** – název a přesná adresa výdejny |  | |
| **Předpokládané datum zahájení poskytování lékárenské péče ve výdejně zdravotnických prostředků** |  | |
| **Žádám Státní ústav pro kontrolu léčiv o vydání závazného stanoviska k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení poskytujícího lékárenskou péči ve smyslu § 5 odst. 2 písm. i) zákona o zdravotních službách**  **v rozsahu** dle Přílohy 1 a 5 vyhlášky č. 92/2012 Sb**.** | | |
| **Přílohy k žádosti** – zaškrtněte přílohy předkládané společně s tímto formulářem | | |
| 1. výpis z obchodního rejstříku či živnostenské oprávnění, popř. zřizovací listina či statut vydaný orgánem státní správy | |  |
| 1. doklad o právu užívat prostory lékárny, popř. kopie kolaudačního souhlasu či obdobného dokladu | |  |
| 1. dispoziční řešení prostor (plánek výdejny s popisem provozních místností) | |  |
| 1. doklad o provedení úhrady nákladů podle pokynu SÚKL UST-29 (§ 112 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů – kódy žádostí L-002, L-003, L-004) | |  |
| 1. souhlas ke zpracování osobních údajů fyzické osoby žadatele | |  |
| 1. jiné – uveďte | |  |
| Výdejna zdravotnických prostředků zřizovaná v nových prostorách  Výdejna zdravotnických prostředků v prostorách již dříve povolené výdejny  Změna rozsahu činnosti výdejny zdravotnických prostředků  Jiný – uveďte: | |  |

**Prohlašuji, že údaje v žádosti a přiložené dokumentaci jsou pravdivé.**

**Datum: Podpis žadatele (u právnické osoby statutárního zástupce)**

**Jméno, příjmení:**