**Čestné vyhlásenie o dôveryhodnosti podľa § 3 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov**

**fyzická osoba**

***K Žiadosti o vydanie nového povolenia (NOVE POVOLENIE), príloha 4a.***

**Meno a priezvisko:**

**Adresa bydliska:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Čestne vyhlasuje:** že je v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov dôveryhodná na účel zaobchádzania s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami, nakoľko v období dvoch rokov pred podaním žiadosti o povolenie nemala zrušené povolenie z dôvodov uvedených v § 10 ods. 1 písm. a) až d) citovaného zákona. Zároveň čestne vyhlasuje, že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé.

V ...................................................... dňa...................................................

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

 podpis

**Čestné vyhlásenie o dôveryhodnosti a že nevykonáva odborného zástupcu v inej lekárni podľa § 3 ods. 6 zákona a****§ 5 ods. 1 zákona o liekoch č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov**

**odborný zástupca**

***K Žiadosti o vydanie nového povolenia (NOVE POVOLENIE), príloha 4b, príloha 7***

***a k Žiadosti zmena odborného zástupcu (ZMENA O.Z.), príloha 4.***

**Meno a priezvisko odborného zástupcu:**

**Adresa bydliska:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Čestne vyhlasuje:** že je v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov dôveryhodná na účel zaobchádzania s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami, nakoľko v období dvoch rokov pred podaním žiadosti o povolenie nemala zrušené povolenie z dôvodov uvedených v § 10 ods. 1 písm. a) až d) citovaného zákona.

**Zároveň čestne vyhlasuje, že nevykonáva funkciu odborného zástupcu v inej lekárni.**

V .................................................. dňa................................................

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

 podpis

**Čestné vyhlásenie podľa § 8 ods. 3 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, že sa nezmenili ostatné údaje, na základe ktorých bolo vydané pôvodné povolenie**

 **fyzická osoba**

***K Žiadosti o zmenu odborného zástupcu (ZMENA O.Z.), ktorá si vyžaduje nové rozhodnutie,***

***príloha 1.***

**Číslo povolenia, na základe ktorého žiadateľ poskytuje lekárenskú starostlivosť:**

**.................................................................................................................................**

**Meno a priezvisko:**

**Adresa bydliska:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

Čestne vyhlasuje, že sa nezmenili ostatné údaje, na základe ktorých bolo vydané pôvodné povolenie. Zároveň čestne vyhlasuje, že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé.

V .................................................. dňa...............................

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

 Podpis

**Písomný súhlas náhradného odborného zástupcu s jeho ustanovením a čestné prehlásenie, že nevykonáva činnosť náhradného odborného zástupcu u iného držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti podľa § 5 ods. 5 a § 5 ods. 7 písm a) zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach.**

***K Oznámeniu o ustanovení náhradného odborného zástupcu (USTANOVENIE N.O.Z. oznamenie), príloha 1.***

**Meno a priezvisko náhradného odborného zástupcu:**

**Adresa bydliska:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Čestne vyhlasuje:** že súhlasí s ustanovením za náhradného odborného zástupcu

držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti :

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

v mieste výkonu činnosti pre verejnú lekáreň, pobočku, výdajňu zdravotníckych pomôcok, výdajňu ortopedicko-protetických pomôcok, výdajňu audio-protetických pomôcok

*nehodiace sa prečiarknite:*

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

**Zároveň čestne prehlasuje, že nevykonáva činnosť náhradného odborného zástupcu u iného držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti.**

V .................................................. dňa................................................

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

 Podpis