



## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN DOLJ

Adresa: Craiova, Strada Eustațiu Stoenescu 1B, Bloc T9, cod 200619

E-mail: [colegiuldolj@yahoo.com](mailto:colegiuldolj@yahoo.com)

Site <https://www.colegfarmdj.ro>

Modelul nr. 7

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Către,

### COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a (numele și prenumele).....  
în calitate de reprezentant legal al . . . . .  
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 oficiu 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 oficiuă comunitară rurală/sezonieră/oficiuă 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  
.....