

Farmacinės rūpybos
paslaugų teikimo
bendrųjų reikalavimų
tvarkos aprašo
priedas

(Pranešimo forma)

(juridinio asmens pavadinimas)

(juridinio asmens kodas, buveinės adresas, tel./faks., el. paštas)

Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai
prie Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministerijos

**PRANEŠIMAS
APIE FARMACINĖS RŪPYBOS PASLAUGOS TEIKIMĄ**

_____ Nr. _____
(data)

(sudarymo vieta)

PILDOMAS PRANEŠIMAS (pažymėti reikiamą):

APIE PRADEDAMĄ TEIKTI FARMACINĖS RŪPYBOS PASLAUGĄ		
APIE DUOMENŲ PASIKEITIMĄ		
APIE FARMACINĖS RŪPYBOS PASLAUGOS TEIKIMO NUTRAUKIMĄ		
1.	Juridinio asmens duomenys (užsienio juridinio asmens filialo) (toliau – juridinis asmuo):	
1.1.	pavadinimas, teisinė forma	
1.2.	kodas	
2.	Veiklos vietos duomenys:	
2.1.	adresas	

2.2.	licencijos rūšis		
2.3.	licencijos ir / ar jos priedo (jei yra) numeris		
3.	FARMACINĖS RŪPYBOS PASLAUGA	Data, kada pradedama teikti farmacinės rūpybos paslauga	Data, kada baigiama teikti farmacinės rūpybos paslauga
3.1.	Įkvepiamuosius vaistinius preparatus vartojantiems pacientams		
3.2.	Dėl tęstinio receptinių vaistinių preparatų išdavimo (pardavimo)		

Pastaba. Pranešimas pildomas atskirai kiekvienai veiklos vietoje vykdomai farmacinės rūpybos paslaugai.

Patvirtinu, kad šiame pranešime pateikta informacija yra tiksli ir teisinga.

(juridinio asmens vadovo ar jo įgalioto
(vardas ir pavardė) asmens pareigų pavadinimas)

A. V.

(parašas)
