|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie Podmiotu (nazwa,adres, NIP, KRS)  ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….. | Data:………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**  71-520 Szczecin, ul. Niemcewicza 26 |

**Wniosek o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego \***

Wnioskuje o wygaszenie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego z dniem:………………………………..

ID Apteki:………………………………………………………………………………….

Numer zezwolenia z dnia: …………………………………………………………………

Nazwa apteki:…………………………………………………………………………….

Adres ulica apteki:……………………………………………………………………..…

Adres miejscowość apteki:……………………………………………………………....

Kod pocztowy apteki:……………………………………………………………………..

Oznaczenie podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępną / punkt apteczny

Nazwa:………………………………………………………………………………….

KRS/NIP: ………………………………………………………………………………

Adres siedziby:…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

Dokumentacja medyczna w tym recepty lekarskie, zapotrzebowania przechowywane będą (Art. 96aa ustawy Prawo farmaceutyczne):

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Powód wygaszenia zezwolenia (podstawa prawna art. 104 ustęp 1 ustawy Prawo farmaceutyczne) **\***:

**1) śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie**

**zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną;**

**2) rezygnacja z prowadzonej działalności;**

**3) likwidacja osoby prawnej, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej;**

**4) przekształcenie podmiotu prowadzącego aptekę w podmiot inny niż wskazany**

**w art. 99 ust. 4 pkt 2**

Oświadczam, że w stosunku do apteki **jest / nie jest** \* prowadzone postępowanie kontrolne bądź postępowanie administracyjne (art. 104 ustęp 2a ustawy Prawo farmaceutyczne)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data ,podpis:  ……………………………………………. |

Produkty lecznicze znajdujące się na stanie apteki ogólnodostępnej / punktu aptecznego zostaną:

* **poddane utylizacji \***
* **zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego – na podstawie art. 104 ustęp 5 ustawy Prawo farmaceutyczne \***
* **zwrócone do hurtowni farmaceutycznej \***
* **inne:……………………………………………………………………………… \***

W załączeniu przedkładam **\*:**

1. potwierdzenie dokonania opłaty skarbowej od decyzji o stwierdzeniu wygaśnięcia zezwolenia
2. w przypadku zbycia produktów leczniczych \* wykaz produktów leczniczych w postaci dokumentu papierowego podpisanego przez **kierownika apteki/punktu aptecznego** \* oraz w postaci elektronicznej, które zostaną zbyte do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego na podstawie art. 104 ustęp 5 ustawy Prawo farmaceutyczne zawierający:

* nazwę
* dawkę
* wielkość opakowania
* liczbę opakowań
* postać farmaceutyczną
* kod identyfikacyjny EAN
* datę ważności
* numer faktury zakupu
* oznaczenie hurtowni
* datę zakupu
* oświadczenie kierownika apteki o prawidłowym przechowywaniu wskazanych produktów leczniczych
* oświadczenie kierownika apteki, że wskazany wykaz jest zgodny z wykazem umieszczonym w systemie ZSMOPL

1. pełnomocnictwo wraz z opłatą \*

**Oświadczam, że zostanie wysłany ostatni raport do systemu ZSMOPL, zgodny z powyższym wnioskiem, zerujący stany magazynowe w systemie ZSMOPL.**

**UWAGA (\*) NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Podpis i data osoby upoważnionej(pełnomocnika):  …………………………………………………. |

Na podstawie KPA 9 informuje o treści Art. 127da ustawy Prawo farmaceutyczne.

1. Karze pieniężnej w wysokości do 2000 zł podlega podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny, który wbrew przepisowi

2) art. 96aa ust. 1 nie powiadamia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego ze względu na adres prowadzenia apteki lub punktu aptecznego o miejscu przechowywania recept i wydanych na ich podstawie odpisów w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego, jego uchyleniu, stwierdzeniu wygaśnięcia albo nieważności stała się ostateczna.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r.   
 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO − informujemy, że:

1. **Administrator danych osobowych (ADO)**

Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny z siedzibą w Szczecinie ul. Niemcewicza 26 jest Administratorem Twoich danych osobowych.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych przez e-mail [**iod@wif.szczecin.pl**](mailto:iod@wif.szczecin.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Określono cele przetwarzania Twoich danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Twoje dane:

1. w celu wydania zezwoleń i rejestrowania obrotu i stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1 - zwanych substancjami kontrolowanymi będącymi, w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne produktami leczniczymi, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania, które realizujemy w ramach powierzonej nam władzy publicznej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e RODO).
2. w celu rejestrowania obrotu i stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1 - zwanych substancjami kontrolowanymi będącymi, w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne produktami leczniczymi, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania, które realizujemy w ramach powierzonej nam władzy publicznej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e RODO).
3. w celu rozpatrzenia skargi lub wniosku, na podstawie obowiązku z art. 229 ust. 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2018r. poz. 2096) oraz § 5 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków z 8 stycznia 2002r. (Dz.U. Nr 5, poz. 46) (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
4. **Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Ci prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych opisanych powyżej. Przestaniemy przetwarzać Twoje dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Twoich danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. **Okres przechowywania danych**

Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat od daty zakończenia Twojej sprawy. Po upływie tego czasu dane zostaną poddane ekspertyzie ze względu na ich charakter, treść i znaczenie. Ekspertyzę przeprowadza na wniosek danej jednostki organizacyjnej właściwe miejscowo archiwum państwowe, które może dokonać zmiany kwalifikacji archiwalnej dokumentacji.

1. **Odbiorcy danych**

Do Twoich danych mogą mieć dostęp podmioty zewnętrzne świadczące usługi na rzecz ADO.

Twoje dane mogą zostać udostępnione Archiwum Państwowemu.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Ci:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do przenoszenia danych;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego