

Către
AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR
MEDICALE
Departamentul inspecție farmaceutică

Subsemnatul (numele, prenumele), funcția, reprezentant legal al, cu sediul în, adresa, telefon/fax, înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului, cod fiscal, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătății nr. 131/2016 pentru aprobarea normelor privind autorizarea unităților de distribuție angro de medicamente de uz uman, certificarea de bună practică de distribuție și înregistrarea brokerilor de medicamente de uz uman, vă rog să eliberați o nouă autorizație de distribuție angro/un nou certificat de bună practică de distribuție. Anexăm la prezenta dovada anunțării pierderii autorizației de distribuție angro/certificatului de bună practică de distribuție în cotidianul

Semnătura și ștampila

.....