

PRILOGA 2**VLOGA ZA RADIOFARMACEVTSKE LEKARNE**

PODATKI O PREDLAGATELJU (ustrezno izpolnite)
PREDLAGATELJ
NASLOV
ZASTOPNIK PREDLAGATELJA
PODATKI O RADIOFARMACEVTSKI LEKARNI (ustrezno izpolnite)
IME
NASLOV
ODGOVORNA OSEBA
NAMEN VLOGE (ustrezno obkrožite)
Namen vloge 1. Prva verifikacija obstoječe radiofarmacevtske lekarne 2. Nova radiofarmacevtska lekarna 3. Preselitev radiofarmacevtske lekarne 4. Sprememba razvrstitve radiofarmacevtske lekarne v razrede
RAZRED IZVAJANJA RADIOFARMACEVTSKE LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI (ustrezno obkrožite)
Razred izvajanja radiofarmacevtske dejavnosti: 1. Razred 1: 2. Razred 2: – Raven 2A – Raven 2B 3. Razred 3: – Raven 3A – Raven 3B

Predlagatelj oziroma zastopnik predlagatelja
odgovornostjo izjavljam, da pod kazensko in materialno
radiofarmacevtska lekarna
izpolnjuje vse pogoje za
izvajanje radiofarmacevtske lekarniške dejavnosti, določene v Pravilniku o pogojih za
izvajanje radiofarmacevtske lekarniške dejavnosti (Uradni list RS, št. 82/18), in izvaja zgoraj
označen razred in raven izvajanja radiofarmacevtske lekarniške dejavnosti, zato prosim za
izdajo odločbe o verifikaciji radiofarmacevtske lekarne.

Datum in kraj:

Podpis: