

**Priloga 2****»Priloga 3****Vloga za izdajo dovoljenja za izdajanje zdravil prek medmrežja****1. PODATKI O PREDLAGATELJU (ustrezno izpolnite)**

IME lekarne oziroma specializirane prodajalne

NASLOV

ZASTOPNIK

NAVEDBA ORGANIZACIJSKE ENOTE LEKARNE, KJER SE IZDAJAJO ZDRAVILA PREK MEDMREŽJA

NAVEDBA LOKACIJE SPECIALIZIRANE PRODAJALNE, NA KATERI SE BODO IZDAJALA ZDRAVILA PREK MEDMREŽJA

Označite, katero vrsto zdravil boste izdajali prek medmrežja:

I A ZDRAVILA ZA UPORABO V HUMANI MEDICINI

I B ZDRAVILA ZA UPORABO V VETERINARSKI MEDICINI

|                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. KOPIJA ODLOČBE O VERIFIKACIJI LEKARNE ALI DOVOLJENJA SPECIALIZIRANE PRODAJALNE ZA OPRAVLJANJE DEJAVNOSTI PROMETA Z ZDRAVILI NA DROBNO</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. NAVEDBA DOKAZIL O IZPOLNJEVANJU POGOJEV IZ PETNAJSTEGA ODSTAVKA 126. ČLENA ZAKONA O ZDRAVILIH<sup>1</sup></b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DOKAZILA O UREJENOSTI MEDMREŽNE PRODAJE V SKLADU S PREDPISI, KI UREJAJO ELEKTRONSKO POSLOVANJE IN VARSTVO POTROŠNIKOV

DOKAZILA O ZAGOTAVLJANJU VARNOSTI PRI USTVARJANJU, POŠILJANJU, PREJEMANJU, SHRANJEVANJU ALI DRUGI OBDELAVI PODATKOV, V SKLADU Z ZAKONOM, KI UREJA VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

DOKAZILA O ZAGOTAVLJANJU SISTEMA KAKOVOSTI, KI SMISELNO UPOŠTEVA NAČELA IN SMERNICE DOBRE DISTRIBUCIJSKE PRAKSE ZA ZDRAVILA GLEDE SLEDLJIVOSTI, TRANSPORTA IN DOSTAVE ZDRAVIL NA MESTO VROČANJA

DOKAZILA O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI OSEB, KI BODO IZVAJALE STROKOVNO SVETOVANJE O POSAMEZNEM ZDRAVILU

**4. DATUM ZAČETKA OPRAVLJANJA IZDAJE ZDRAVIL PREK MEDMREŽJA**

DATUM (dan, mesec, leto)

**5. PODATKI O SPLETNEM MESTU IZDAJE ZDRAVIL PREK MEDMREŽJA**

NASLOV SPLETNEGA MESTA IZDAJE ZDRAVIL PREK MEDMREŽJA

DRUGE INFORMACIJE ZA PREPOZNAVNO SPLETNEGA MESTA IZDAJE ZDRAVIL PREK MEDMREŽJA

Predlagatelj oziroma zastopnik predlagatelja \_\_\_\_\_

izjavljam, da \_\_\_\_\_ lekarna \_\_\_\_\_ oziroma \_\_\_\_\_ specializirana \_\_\_\_\_ prodajalna \_\_\_\_\_ izpolnjuje pogoje za opravljanje dejavnosti izdaje **zdravil za uporabo v humani medicini/zdravil za uporabo v veterinarski medicini** (ustrezno obkroži) prek medmrežja v skladu s **126. členom** Zakona o zdravilih, Pravilnikom o izdaji zdravil prek medmrežja, zato prosim za izdajo dovoljenja za izdajo zdravil prek medmrežja.

Za pravilnost navedb v vlogi kazensko in materialno odgovarjam.

Datum in kraj:

Podpis:

«.