# DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

privind

Comanda justificata nr. / data ......../........../. ( „**Comanda**”)

Nume farmacie ........................

Adresă ....................................

CUI RO ...................................

Nr. autorizaţie de functionare ........................

Subsemnatul, ....................................... în calitate de Administrator al farmaciei , detinatoare a

autorizatiei de functionare nr..................................... cod fiscal RO ........................ **declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile legale privind falsul în declaraţii, urmatoarele:**

# Comanda reprezinta comanda justificata in conformitate cu dispozitiile Ordinului Ministrului Sanatatii nr. 269/2017.

* **Datele din Comanda sunt reale si corespund intocmai cu informatiile din prescriptiile medicale mentionate in Comanda.**

# Farmacia nu are pe stoc produsul solicitat prin Comanda.

* **Produsul din Comanda nu este in curs de aprovizionare de la un alt distribuitor si/sau furnizor de medicamente.**

# Comanda nu a fost transmisa catre un alt distribuitor /sau furnizor de medicamente.

Data prescriptie ..............................Nr reteta (RP)........................................Nr luni tratament..........................

Denumire produs/gramaj..........................................................................................

Necesar cutii (cant)...............................................Tip afectiune..................................................

Termen de livrare.......................

Punct de livrare (farmacie/ adresa).............................................................................

|  |
| --- |
| Farmacia ................................... |
| Reprezentant legal ........................Data.................................................. |