LEGEA farmaciei nr. 266 din 7 noiembrie 2008 (\*\*republicată\*\*)

**Articolul 42**

**(1)**Taxele pentru emiterea autorizaţiei de funcţionare sunt următoarele:

**a)**pentru înfiinţarea de farmacii în mediul urban - 3.000 lei;

**b)**pentru înfiinţarea de farmacii în mediul rural - 150 lei;

**c)**pentru înfiinţarea unei oficine locale de distribuţie - 100 lei;

**d)**pentru înfiinţarea de drogherii în mediul urban - 2.000 lei;

**e)**pentru înfiinţarea de drogherii în mediul rural - 50 lei.

**(2)**Taxele pentru emiterea unei noi autorizaţii în cazul preschimbării sau al pierderii autorizaţiei de funcţionare a farmaciei ori a drogheriei sunt următoarele:

**a)**pentru mediul urban - 100 lei;

**b)**pentru mediul rural - 50 lei.

**(3)**Pentru orice altă modificare înscrisă pe autorizaţia de funcţionare a farmaciei sau drogheriei se percepe o taxă de 50 de lei.

**(4)**În cazul mutării sediului farmaciei sau drogheriei, cuantumul taxelor este cel prevăzut pentru înfiinţare.

**CONT IBAN RO96TREZ70020160103XXXXX AUTORITATEA DE TREZORERIE SI CONTABILITATE PUBLICA A MUNICIPIULUI BUCURESTI**

**BENEFICIAR: BUGETUL DE STAT-MINISTERUL SANATATII- COD FISCAL 4266456**

ORDIN nr. 444 din 25 martie 2019

pentru aprobarea Normelor privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea unităţilor farmaceutice

(9)Pentru mutarea sediului unei unităţi farmaceutice solicitantul depune la direcţiile de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, pentru înscrierea menţiunii pe anexă la autorizaţia de funcţionare, următoarele documente în format electronic:

a)cerere-tip potrivit modelului nr. 2 prevăzut în anexă;

La data de 25-02-2025 Litera a) , Alineatul (9) , Articolul 7 , Punctul 4. , Capitolul II a fost modificată de Punctul 17. , Articolul I din ORDINUL nr. 484 din 11 februarie 2025, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 167 din 25 februarie 2025

b)Autorizaţia de funcţionare sau duplicatul emis de Ministerul Sănătăţii în cazul pierderii autorizaţiei;

c)Certificat constatator actualizat cu noua adresă a punctului de lucru;

d)Documentul care atestă dreptul de folosinţă asupra spaţiului cu destinaţie de unitate farmaceutică;

e)Schiţa spaţiului;

f)Memoriul tehnic privind noul spaţiu al unităţii farmaceutice;

g)Dovada încadrării în prevederile art. 20 din lege.

h)dovada transmiterii către colegiul teritorial al farmaciştilor din judeţul în care unitatea farmaceutică îşi desfăşoară activitatea a notificării potrivit modelului nr. 7 prevăzut în anexă;

La data de 25-02-2025 Litera h) , Alineatul (9) , Articolul 7 , Punctul 4. , Capitolul II a fost modificată de Punctul 17. , Articolul I din ORDINUL nr. 484 din 11 februarie 2025, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 167 din 25 februarie 2025

i)Dovada achitării taxei prevăzute de lege.

(10) Ministerul Sănătăţii va înscrie menţiunea pe anexă la autorizaţia de funcţionare în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data primirii deciziei de conformitate pentru spaţiul unităţii farmaceutice, însoţită de raportul de inspecţie. Pentru înscrierea menţiunii este necesară inspecţia.

La data de 25-02-2025 Alineatul (10) , Articolul 7 , Punctul 4. , Capitolul II a fost modificat de Punctul 19. , Articolul I din ORDINUL nr. 484 din 11 februarie 2025, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 167 din 25 februarie 2025

(11)Până la înscrierea menţiunii cu adresa noului sediu pe anexă la autorizaţia de funcţionare a unităţii farmaceutice, aceasta funcţionează la vechea adresă.

(12)Unitatea farmaceutică poate începe să funcţioneze la noua adresă numai după înscrierea menţiunii pe anexa la autorizaţia de funcţionare. O copie a anexei la autorizaţia de funcţionare cu noua menţiune înscrisă va fi transmisă colegiului teritorial de către deţinătorul autorizaţiei de funcţionare.

Modelul nr. 2

Către Direcţia de Sănătate Publică a Judeţului .......................

Subsemnatul/a, .........(numele şi prenumele)........, în calitate de reprezentant legal al ......................................, cu sediul social aflat la adresa ..............., telefon ............, e-mail ................, înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului ..................., cod unic de înregistrare/cod fiscal ................., şi ......(numele şi prenumele)........., în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie şef, vă rog să planificaţi inspecţia la unitatea farmaceutică aflată la adresa:....................................................................., în vederea emiterii Raportului de inspecţie de verificare a conformităţii spaţiului unităţii farmaceutice şi a Deciziei de conformitate pentru:

1. înfiinţare unitate farmaceutică:

[ ] farmacie comunitară

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

[ ] farmacie cu circuit închis

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

[ ] drogherie

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

2. modificarea condiţiilor iniţiale de autorizare, respectiv:

[ ] mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutice;

[ ] modificarea/reorganizarea spaţiului unităţii farmaceutice;

[ ] înfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;

[ ] activitate de vânzare şi eliberare online a medicamentelor;

[ ] activitate de receptură şi laborator;

[ ] desfiinţare activitate opţională .............................................................

Anexez prezentei cereri documentaţia în conformitate cu Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi normele de aplicare a acesteia.

Declar pe propria răspundere că documentele ataşate sunt conforme cu originalul şi îmi asum răspunderea pentru veridicitatea acestora.

Date de contact pentru corespondenţă în vederea soluţionării cererii:

e-mail: .............................................

telefon: .................................

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal  Numele, prenumele  …………………………….  Semnătura  ……………………………. | Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef  Numele, prenumele  ……………………………..  Semnătura  ……………………………… |

Modelul nr. 3

Către MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

DIRECŢIA FARMACEUTICĂ ŞI DISPOZITIVE MEDICALE

Subsemnatul/a, ........(numele şi prenumele)..........., în calitate de reprezentant legal al ......................................, cu sediul social aflat la adresa ............................, telefon ....................., e-mail ................, înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului ........................, cod unic de înregistrare/cod fiscal ......................., şi ...........(numele şi prenumele)............, în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie şef, vă rog să emiteţi Autorizaţia de funcţionare/Anexa la Autorizaţia de funcţionare pentru unitatea farmaceutică aflată la adresa ........................................................., pentru:

1. înfiinţare unitate farmaceutică:

[ ] farmacie comunitară

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

[ ] farmacie cu circuit închis

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

[ ] drogherie

[ ] în mediul urban;

[ ] în mediul rural;

2. modificare condiţii iniţiale de autorizare, respectiv:

[ ] mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutice;

[ ] modificarea/reorganizarea spaţiului unităţii farmaceutice;

[ ] înfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;

[ ] activitate de vânzare şi eliberare online a medicamentelor;

[ ] activitate de receptură şi laborator;

[ ] reluarea activităţii în perioada de suspendare, cu mutare;

[ ] desfiinţare activitate opţională .............................................................

Anexez prezentei cereri documentaţia în conformitate cu Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi normele de aplicare a acesteia.

Declar pe propria răspundere că documentele ataşate sunt conforme cu originalul şi îmi asum răspunderea pentru veridicitatea acestora.

Date de contact pentru corespondenţă în vederea soluţionării cererii:

e-mail: .............................................

telefon: ..........................................

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal  Numele, prenumele  …………………………….  Semnătura  ……………………………. | Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef  Numele, prenumele  ……………………………..  Semnătura  ……………………………… |

Modelul nr. 7

Către COLEGIUL FARMACIŞTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a ........(numele şi prenumele) ..........., în calitate de reprezentant legal al ................................., cu sediul social aflat la adresa ......................................................, telefon ………, e-mail ............................., înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului ........................................., cod unic de înregistrare/ cod fiscal .................................., şi .............(numele şi prenumele) ..........., în calitate de farmacist-şef/asistent medical de farmacie şef, vă informez că în cadrul societăţii/unităţii sanitare ..................................................au intervenit următoarele modificări:

[ ] înfiinţare unitate farmaceutică

[ ] farmacie comunitară

[ ] farmacie cu circuit închis

[ ] drogherie

aflată la adresa: ...............

[ ] mutarea sediului social cu activitate sau a punctului de lucru al unităţii farmaceutice;

[ ] modificarea/reorganizarea spaţiului unităţii farmaceutice;

[ ] înfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;

[ ] activitate de vânzare şi eliberare online a medicamentelor;

[ ] activitate de receptură şi laborator;

[ ] schimbarea deţinătorului de autorizaţie persoană juridică;

[ ] schimbarea deţinătorului de autorizaţie conducător de unitate farmaceutică;

[ ] schimbarea farmacistului responsabil pentru activitatea online;

[ ] activitate opţională de vaccinare;

[ ] modificarea adresei sediului social;

[ ] desfiinţare oficină comunitară rurală/sezonieră/oficină cu circuit închis;

[ ] suspendarea activităţii unităţii farmaceutice pe o perioadă mai mică de 30 de zile (notificare, fără înscriere menţiune);

[ ] suspendarea activităţii unităţii farmaceutice pe o perioadă de maximum 180 de zile (înscriere menţiune pe anexă la autorizaţia de funcţionare);

[ ] reluarea activităţii în intervalul de suspendare;

[ ] anularea autorizaţiei de funcţionare;

[ ] desfiinţare activitate opţională ..............

[ ] actualizare alte date de identificare ………………

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal  Numele, prenumele  …………………………….  Semnătura  ……………………………. | Farmacist-șef/Asistent medical de farmacie șef  Numele, prenumele  ……………………………..  Semnătura  ……………………………… |