

Către

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMURES

Subsemnatul,(numele și prenumele), în calitate de reprezentant legal al societății comerciale
....., cu sediul social aflat la adresa
....., telefon/e-mail
....., înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului cu nr., cod fiscal, cu Autorizația de funcționare nr., emisă pentru farmacia comunitară/oficina comunitară rurală aflată la adresa, vă rugăm să emiteți Aviz temporar pentru testare antigenică rapidă pentru diagnosticarea infecției cu SARS-CoV-2, aflat la aceeași adresă cu a unității farmaceutice.

Anexez prezentei cereri documentația solicitată conform art. 3 alin. (1) din Ordinul ministrului sănătății nr. 644/2021 privind activitatea de testare în farmacii comunitare și oficine comunitare rurale utilizând teste antigenice rapide pentru diagnosticarea infecției cu SARS-CoV-2.

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Correspondența în vederea soluționării cererii solicit să se efectueze prin:

e-mail la adresa

Semnătura

.....

Ștampila