Zał. nr 1

Miejscowość, data

*Dane podmiotu raportującego*

REGON:

NIP:

KRS (jeśli dotyczy):

**Oświadczenie**

**o przyznaniu uprawnień do korzystania z Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL)**

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 29 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z późn. zm.), oświadczam, że niżej wskazana osoba będzie pełnić rolę Administratora Lokalnego podmiotu raportującego.

**Administrator Lokalny podmiotu raportującego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Indywidualny (służbowy) adres e-mail**  **[wskazany podczas zakładania konta  w P2 SA]** | **Login użytkownika P2 SA** |
|  |  |
|  |  |  |  |

Lista miejsc prowadzenia działalności, do których nadaje się uprawnienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa miejsca prowadzenia działalności** | **Identyfikator[[1]](#footnote-1)** | **Adres** |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W przypadku odebrania uprawnień dostępu do systemu ZSMOPL dla ww. osoby, wnioskujący zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia CSIOZ.

*…………….…………………………*

*Podpis osoby reprezentującej/osób reprezentujących podmiot raportujący (zgodnie z przepisami prawa)*

1. identyfikatorem, w przypadku aptek jest identyfikator, o którym mowa w art. 107 ust. 2 pkt. 3) a w przypadku hurtowni farmaceutycznych w art. 83 ust. 2 pkt. 2) ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2016 poz. 2142z późn. zm.), który można znaleźć na stronie http://www.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/ [↑](#footnote-ref-1)