|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmälan skickas till: | Läkemedelsverket  Box 26  751 03 Uppsala  eller  [registrator@mpa.se](mailto:registrator@mpa.se) | **Anmälan av ny läkemedelsansvarig vid öppenvårdsapotek**  Enligt 2 kap 9 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Öppenvårdsapotek som anmälan avser** | |
| Diarienummer för öppenvårdsapotekstillstånd (måste alltid fyllas i) | |
|  | |
| Öppenvårdsapotek | |
|  | |
| Besöksadress | Ort |
|  |  |
| Tillståndsinnehavare (företag/firma) | Organisationsnummer |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmälan av ny läkemedelsansvarig** | | |
| Namn | Personnummer | |
|  |  | |
| E-postadress | Telefon | |
|  |  | |
| Datum då ändringen träder i kraft: | | |
| Examen | Apotekare | Receptarie |
| Härmed intygas att läkemedelsansvarig har giltig yrkeslegitimation eller särskilt förordnande att utöva yrke som apotekare eller receptarie i enlighet med 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). | | **Intygas** |
| För receptarie, beskrivning av relevant yrkeserfarenhet och i förekommande fall farmaceutisk vidareutbildning. | | Bilaga 1 |
| För det fall den angivna personen avses ansvara för fler än tre öppenvårdsapotek ange de särskilda skäl som åberopas som grund för undantag från begränsningen. | | Bilaga 2 |