**MINISTARSTVO POLJOPRIVREDE, ŠUMARSTVA I RIBARSTVA**



Služba za veterinarsko javno zdravstvo

Odjel za veterinarsko-medicinske proizvode

OBRAZAC ZAHTJEVA ZA BRISANJE VETERINARSKE LJEKARNE IZ UPISNIKA VETERINARSKIH LJEKARNI ILI ZA IZMJENU PODATAKA O VETERINARSKOJ LJEKARNI

**(\*za svaku pojedinu lokaciju veterinarske ljekarne podnosi se poseban zahtjev)**

Naziv pravne osobe:

OIB:

Broj telefona/mobitela:

E-mail adresa:

Adresa (ulica i broj, grad i poštanski broj):

Naziv veterinarske ljekarne:

Adresa (ulica i broj, grad i poštanski broj) veterinarske ljekarne:

Razlog podnošenja zahtjeva (zaokruži):

1. **BRISANJE IZ UPISNIKA VETERINARSKIH LJEKARNI**
2. **IZMJENA PODATAKA O ODGOVORNOJ OSOBI**

PODATCI O ODGOVORNOJ OSOBI ZA PROVOĐENJE SUSTAVA OSIGURANJA KVALITETE

Ime i prezime, OIB:

Uvjerenje o položenom Državnom ispitu (KLASA, URBROJ, datum):

Obrazac eM-1P ili eM-3P Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (broj i datum izdavanja elektroničkog certifikata):

Ime i prezime prethodno odgovorne osobe, OIB:

1. **OSTALE IZMJENE (NAVESTI):**

Točnost navedenih podataka u ovom zahtjevu potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Mjesto i datum: Vlastoručni potpis i pečat podnositelja zahtjeva: