......................................................... ...................................................

(miejscowość i data)

........................................................

...................................................

(nazwa wnioskodawcy)

...................................................

...................................................

(siedziba i jej dokładny adres)

........................................................ **Lubuski Wojewódzki**

(numer REGON podmiotu

wykonującego działalność leczniczą **Inspektor Farmaceutyczny**

lub nr prawa wykonywania zawodu) **ul. Jagiellończyka 4**

**66-400 Gorzów Wlkp.**

........................................................

nr KRS, nr rejestru Wojewody

(jeżeli został nadany)

.......................................................

(nr uchwały Rady Okręgowej Izby

Lekarsko-Weterynaryjnej lub rejestru

Okręgowej Izby Lekarskiej)

# WNIOSEK

o uzyskanie zgody na posiadanie i stosowanie w celach medycznych preparatów dopuszczonych do obrotu jako produkty lecznicze zawierające środki odurzające   
grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P

Na podstawie art. 42 ust.1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.) wnoszę się o wydanie zgody   
na posiadanie i stosowanie w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P   
i IV-P dla:

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

(dokładna nazwa wnioskodawcy)

z siedzibą w:

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

(dokładny adres prowadzenia działalności wnioskodawcy )

na posiadanie w celach medycznych następujących preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Międzynarodowa nazwa zalecana lub nazwa handlowa produktu leczniczego | postać farmaceutyczna produktu leczniczego | Dawka produktu leczniczego i wielkość opakowania | Ilość preparatów  (ilość opakowań) uwzględniająca średnie  **7- lub 14-dniowe zużycie\*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

**\*niepotrzebne skreślić:**

- lekarz, lekarz dentysta, lekarz weterynarii wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej – 7 dni,

- podmiot leczniczy niemający apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej albo zakład leczniczy dla zwierząt – 14 dni.

W wyżej wymienione preparaty będziemy się zaopatrywać w hurtowni farmaceutycznej/w hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych /w aptece \*:

\*niepotrzebne skreślić - wybrać tylko jedno miejsce dokonywania zakupu

……………………………………………………................................................................

........................................................................................................................................

(nazwa i dokładny adres)

Miejsce planowanego przechowywania i stosowania preparatów będących przedmiotem wniosku – *podać adres*

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

oraz opis sposobu ich przechowywania *(w wydzielonych pomieszczeniach, w zamkniętych metalowych szafach lub kasetach, przymocowanych w sposób trwały do ścian lub podłogi pomieszczenia, w miejscu niewidocznym dla osób nieuprawnionych)* (np. szafa pancerna, sejf przytwierdzony do podłoża, itp.):

........................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad przechowywaniem i stosowaniem w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P jest:

........................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis osoby odpowiedzialnej )

Posiadana aktualnie zgoda Lubuskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:

Nr...................................................................... z dnia .............................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

podmiotu składającego wniosek)

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO − informujemy, że:

1. **Administrator danych osobowych (ADO)**

Lubuski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny z siedzibą w ul. Jagiellończyka 4 skr. pocztowa 772, 66-400 Gorzów Wlkp. jest Administratorem Twoich danych osobowych.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych przez e-mail [**iod@farmacja-gorzow.pl**](mailto:iod@farmacja-gorzow.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Określono cele przetwarzania Twoich danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Twoje dane:

1. w celu wydania decyzji zgody na posiadanie i stosowanie w celach medycznych preparatów dopuszczonych do obrotu jako produkty lecznicze zawierające środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania, które realizujemy w ramach powierzonej nam władzy publicznej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e RODO).
2. **Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Ci prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych opisanych powyżej. Przestaniemy przetwarzać Twoje dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Twoich danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. **Okres przechowywania danych**

Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat od daty zakończenia Twojej sprawy. Po upływie tego czasu dane zostaną poddane ekspertyzie ze względu na ich charakter, treść i znaczenie. Ekspertyzę przeprowadza na wniosek danej jednostki organizacyjnej właściwe miejscowo archiwum państwowe, które może dokonać zmiany kwalifikacji archiwalnej dokumentacji.

1. **Odbiorcy danych**

Do Twoich danych mogą mieć dostęp podmioty zewnętrzne świadczące usługi na rzecz ADO.

Twoje dane mogą zostać udostępnione Archiwum Państwowemu.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Ci:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do przenoszenia danych;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.