………………………………..

(miejscowość, data)

……………………………….

(nazwa, adres i telefon wnioskodawcy, pieczątka)

**Wielkopolski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Szwajcarska 5**

**61-285 Poznań**

# WNIOSEK O UZYSKANIE ZGODY NA POSIADANIE I STOSOWANIE W CELACH MEDYCZNYCH PREPARATÓW DOPUSZCZONYCH DO OBROTU JAKO PRODUKTY LECZNICZE ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE GRUP I-N, II-N, III-N, IV-N LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE GRUP II-P, III-P, IV-P

Wnoszę o wydanie zgody na posiadanie i stosowanie w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N, IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P, IV-P, wymienionych w niniejszym wniosku.

1. Nazwa i dokładny adres wnioskodawcy:

|  |
| --- |
|  |

1. Numer REGON, księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub numer prawa wykonywania zawodu **(**jeżeli został nadany):

|  |
| --- |
|  |

1. Międzynarodowa nazwa zalecana lub nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka oraz ilość preparatów będących przedmiotem wniosku:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO** | **DAWKA** | **POSTAĆ FARMACEUTYCZNA** | **OPAKOWANIE** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

1. Nazwa i dokładny adres apteki lub hurtowni farmaceutycznej, w której będzie zaopatrywał się wnioskodawca:

|  |
| --- |
|  |

1. Miejsce planowanego przechowywania i stosowania preparatów będących przedmiotem wniosku oraz opis sposobu przechowywania:

|  |
| --- |
|  |

1. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za nadzór nad przechowywaniem i stosowaniem w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N, IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P, IV-P:

|  |
| --- |
|  |

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

*data i podpis osoby odpowiedzialnej,*

*piecz*ą*tka z numerem prawa wykonywania zawodu*

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

*data i podpis osoby upowa*ż*nionej do reprezentowania*

*podmiotu składającego wniosek, piecz*ą*tka*

…………………………………………. ………………., dn…………

………………………………………….

………………………………………….

(nazwa, adres, tel. wnioskodawcy, pieczątka)

**Wielkopolski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Szwajcarska 5**

**61-285 Poznań**

SKŁADAJĄC WNIOSEK O WYDANIE ZGODY NA POSIADANIE I STOSOWANIE W CELACH MEDYCZNYCH PREPARATÓW DOPUSZCZONYCH DO OBROTU JAKO PRODUKTY LECZNICZE, ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE GRUP I-N, II-N, III-N I IV-N LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE GRUP II-P, III-P I IV-P, JEDNOCZEŚNIE INFORMUJĘ, ŻE

|  |
| --- |
|  |

nie posiadam aktualnej zgody i występuję z wnioskiem po raz pierwszy

|  |
| --- |
|  |

posiadam wcześniej wydaną zgodę

nr zgody

|  |
| --- |
|  |

wydana dnia:

|  |
| --- |
|  |

……….…………………………………………………….

|  |
| --- |
|  |

*data i podpis osoby odpowiedzialnej,*

*piecz*ą*tka z numerem prawa wykonywania zawodu*

telefon kontaktowy

…………………………………………………………….

*data i podpis osoby upowa*ż*nionej do reprezentowania*

*podmiotu składaj*ą*cego wniosek, piecz*ą*tka*