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

/nazwa, adres i telefon wnioskodawcy / / miejscowość, data /

**Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny w Opolu**

**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 i IV-N LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE GRUP II-P,**

**III-P I IV-P**

Wnoszę 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, wymienionych w niniejszym wniosku.

1.Nazwa i dokładny adres wnioskodawcy:……….…..…………………………………………………………

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa międzynarodowa lub handlowa** | **Postać farmaceutyczna** | **dawka** | **Ilość**  **preparatów uwzględniająca średnie 7/ 14 dniowe zużycie\*** |
| **1**. |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4**. |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7**. |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10**. |  |  |  |

\* -lekarz, lekarz dentysta, lekarz weterynarii wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej na okres 7- dniowego średniego zużycia

-podmiot leczniczy niemający apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej albo zakład leczniczy dla zwierząt na okres 14- dniowego średniego zużycia

4. Nazwa i dokładny adres apteki lub hurtowni farmaceutycznej, w której będzie zaopatrywał się

wnioskodawca:………………………………………………………………………………………………….

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

5.Miejsce planowanego przechowywania i stosowania preparatów będących podmiotem wniosku oraz opis

sposobu ich przechowywania:………………………………………………………………………………......

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

6.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 i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P,III-P i IV-P:………………………………………………………………………….

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

……… …………………………………..

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

…………………………………………………………..

(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)