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

(miejscowość i data)

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

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

(nazwa, adres i telefon wnioskodawcy)

**Podlaski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**15-110 Białystok, ul. Kombatantów 4**

**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:

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

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

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

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

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

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

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

5. Miejsce planowanego przechowywania i stosowania preparatów będących przedmiotem wniosku oraz opis sposobu przechowywania (w tym wskazanie warunków zabezpieczenia preparatów zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe):

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

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

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*

*wraz z podaniem nr prawa wykonywania zawodu*

……………………………………………………………..

*(data i podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)*