

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(nazwa, adres i telefon wnioskodawcy)

**Opolski Wojewódzki Inspektor**

**Farmaceutyczny w Opolu**

ul. Plebiscytowa 5

45-380 Opole

**WNIOSEK O UZYSKANIE ZGODY NA POSIADANIE W CELACH MEDYCZNYCH PREPARATÓW  
ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE I SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE**

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.**

Lp.	Międzynarodowa nazwa zalecana lub nazwa handlowa	Postać farmaceutyczna	Dawka	Ilość preparatów*

\*1) średniego 14-dniowego zużycia, w przypadku podmiotu leczniczego niemającego apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej albo zakładu leczniczego dla zwierząt;

\*2) średniego 7-dniowego zużycia, w przypadku lekarza, lekarza dentystry albo lekarza weterynarii wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej.

**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:**

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

**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)