

.....
(miejsowość i data)

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

**Śląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny w Katowicach
ul. Raciborska 15
40-074 Katowice**

**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.

Lp.	Nazwa handlowa	Postać farmaceutyczna	Dawka	Ilość preparatów na okres 3 lat

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)

(pieczęć placówki)

**SPRAWOZDANIE ZE STANU POSIADANIA I OBROTU
ŚRODKAMI ODURZAJĄCYMI I SUBSTANCJAMI PSYCHOTROPOWYMI
W ROKU.....**

Nazwa środka odurzającego/ substancji psychotropowej	Stan na 01.01.20....r.	Ilość zakupiona w 20.... r.	Rozchód w 20.....r.	Stan na 31.12.20.....r.

(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej)