

**WZÓR**

.....  
(miejscowość i data)

.....

..... **Właściwy wojewódzki inspektor farmaceutyczny**  
(nazwa, adres i telefon wnioskodawcy)

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:

.....  
.....  
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)