

.....
(miejscowość i data)

APTEKA:

.....
(dokładny adres)

ZAMAWIAJĄCY:

.....
(pełna nazwa oraz numer KRS/REGON)

.....
(dokładny adres)

.....
(zakres działalności)

.....
(numer i data wydania stosownego zezwolenia bądź zgody wydanej na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii)

Zwracam się z prośbą o sprzedaż następujących preparatów zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe:

1. (nazwa międzynarodowa/handlowa, jeżeli taka istnieje, postać farmaceutyczna, dawka oraz zamawiana ilość)

2.

3.

Osoba upoważniona do odbioru:

(imię i nazwisko oraz numer dokumentu tożsamości)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego zapotrzebowanie)