

.....
(imię i nazwisko lekarza/ lekarza dentystry/ felczera)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer prawa wykonywania zawodu)

.....
(numer telefonu)

**Łódzki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Fabryczna 25
90-341 Łódź**

W N I O S E K

o przydzielenie zakresu numerów recept na leki nierefundowane posiadające kategorię dostępności "Rpw"

Na podstawie § 9 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2012r. poz. 1506) proszę o wydanie zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki nierefundowane posiadające kategorię dostępności "Rpw" w ilości 25/50* sztuk.

Oświadczam jednocześnie, że nie zawarłem/am umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającej do wystawiania recept refundowanych.

.....
(podpis i pieczęć lekarza/ lekarza dentystry/ felczera)

*niepotrzebne skreślić