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

 (miejscowość i data)

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

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

 (nazwa, adres i telefon wnioskodawcy) **WOJEWÓDZKI INSPEKTORAT**

 **FARMACEUTYCZNY W ŁODZI**

**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 i substancje psychotropowe 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 lub substancje psychotropowe.

…………………………………………………...............................................................................................

….….........….........................................

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

….................….....................................................

 (data i podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)