

4. Nazwa i dokładny adres **hurtowni farmaceutycznej**, w której będzie zaopatrywał się wnioskodawca:

dokładny adres hurtowni farmaceutycznej

5. Miejsce planowanego przechowywania i stosowania preparatów będących przedmiotem wniosku oraz opis sposobu przechowywania:

opis miejsca i 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:

imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej (Kapitana statku)

.....
*data i podpis osoby odpowiedzialnej,
Kapitana statku*