

**POMORSKI WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY
ul. Na Stoku 50, 80-874 Gdańsk**

.....
nazwa, adres i telefon wnioskodawcy - - **PIECZĄTKA**

**WNIOSEK O WYGASZENIE POSIADANEJ 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
W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAOPATRZENIA**

Wnoszę o wygaszenie posiadanej zgody numer:

w związku ze zmianą miejsca zaopatrzenia.

.....
data i podpis osoby odpowiedzialnej,
pieczętka z numerem prawa wykonywania zawodu

Telefon kontaktowy (komórkowy):

.....
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
podmiotu składającego wniosek, pieczętka