

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

dokładny adres hurtowni farmaceutycznej lub apteki ogólnodostępnej

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 lekarza, osoby odpowiedzialnej

7. Numer poprzedniej zgody wydanej dla wnioskodawcy - *jeśli dotyczy*

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

Telefon kontaktowy (komórkowy):

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