imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę: *(wnioskodawca będący lekarzem / lekarzem dentystą)*

adres zamieszkania (woj. pomorskie):

telefon kontaktowy – komórkowy:

.....
miejscowość, data

POMORSKI WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY

ul. Na Stoku 50
80-874 Gdańsk

W N I O S E K
o przydział zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki posiadające kategorię dostępności „Rp" zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe - dla lekarzy / lekarzy dentystów

Na podstawie § 4 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r. poz. 2424 z późn. zm.) wnoszę o wydanie mi zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty wystawiane na produkty lecznicze posiadające kategorię dostępności „Rp".

W ilości [ ] **numerów.**

Prawo wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty:

nr:	*z dnia:*
wydane przez:	

Oświadczam, że jestem uprawniony/na do wystawiania przedmiotowych recept.

Zobowiązuję się do stosowania numerów recept **w sposób wykluczający ich wielokrotne użycie** oraz do **zawiadomienia niezwłocznie** Pomorskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego **o fakcie zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept** posiadających unikalne numery identyfikujące receptę lub zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi receptę albo podejrzeniu sfałszowania tych recept lub zakresów przekazując informacje o związanych z tym okolicznościach i numerach tych recept.

Na podstawie art. 75 § 2 k.p.a. wnoszę o odebranie ode mnie oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania o następującej treści:

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku i załączniku zostały podane zgodnie z prawdą.

Oświadczam, że jestem zaznajomiony(a) z treścią następujących przepisów:
Art. 233 § 1 i 6 k.k.:
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 6. Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

W załączeniu przedkładam **aktualne zaświadczenie z Izby Lekarskiej potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty.**

Równocześnie potwierdzam zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej znajdującej się na stronie internetowej Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Gdańsku (https://wiif.nowybip.pl/rodo).

....
data *imię, nazwisko i czytelny podpis wnioskodawcy*

Załącznik:
Wymagane dokumenty:
1. Aktualne zaświadczenie z Izby Lekarskiej potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty.