

**Dolnośląski Wojewódzki
 Inspektor Farmaceutyczny
 pl. Powstańców Warszawy 1
 50-153 Wrocław**

**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 grup I-N,II-N,III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P,III-P i IV-P, 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:

Nazwa międzynarodowa lub handlowa	Postać farmaceutyczna	dawka	Ilość preparatów uwzględniająca średnie 7/ 14 dniowe zużycie*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

* -lekarz, lekarz dentysta, lekarz weterynarii wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej na okres 7- dniowego średniego zużycia
 -podmiot leczniczy niemający apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej albo zakład leczniczy dla zwierząt na okres 14- dniowego średniego zużycia

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

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

.....
 (data i podpis osoby odpowiedzialnej)

.....
 (data i podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania podmiotu składającego wniosek)