

**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)