.....
miejscowość i data

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

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

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:

ARMATOR i NAZWA STATKU MORSKIEGO

2. Numer REGON, księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli został nadany):

Nie dotyczy

3. Międzynarodowa nazwa zalecana lub nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka oraz ilość preparatów będących przedmiotem wniosku:

L.p.	Nazwa preparatu	postać	dawka	**przewidywane zużycie MIESIĘCZNE**

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 osoby odpowiedzialnej (Kapitana statku)

……

data i podpis osoby odpowiedzialnej,
Kapitana statku