….…………………………

miejscowość i data

….………………………

dane podmiotu

telefon kontaktowy………………

**Kujawsko-Pomorski**

**Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**w Bydgoszczy**

**Zawiadomienie**

o posiadaniu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1 oraz produktów leczniczych, zepsutych, sfałszowanych lub którym upłynął termin ważności, zawierających w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwę międzynarodową lub handlową \*\* | Numer GTIN zgodny z systemem GS1 \*\* | Nazwa środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1 | Nazwa handlowa środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1\* | Numer serii | Data ważności | Ilość /liczba \*\*\* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

\* **nazwa handlowa** obejmująca dawkę, postać oraz wielkość opakowania

\*\* **dotyczy produktu leczniczego**

\*\*\* **liczbę opakowań** jednostkowych produktu leczniczego lub **ilość** czystego środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1, wyrażona w **gramach**, zaokrąglona do drugiego miejsca po przecinku

Substancje kontrolowane zostały zabezpieczone przed wykorzystaniem zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 1 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 lutego 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1, ich mieszaninami lub odpadami oraz produktami leczniczymi, zepsutymi, sfałszowanymi lub którym upłynął termin ważności, zawierającymi w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1.

**Proponowany termin zabezpieczenia ……………………. (należy wskazać przybliżony termin zabezpieczenia substancji kontrolowanych, uwzględniający stany magazynowe i związane z tym kolejne zawiadomienia).**

……………………………………………

podpis osoby odpowiedzialnej