

.....
miejsowość i data

.....
dane podmiotu

telefon kontaktowy.....

**Kujawsko-Pomorski
Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
w Bydgoszcy**

Zawiadomienie

o posiadaniu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1 oraz produktów leczniczych, zepsutych, sfalszowanych 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, sfalszowanymi 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