

.....  
Podmiot występujący  
(pieczęć apteki)

.....  
miejsowość, data

**Wojewódzki Inspektorat  
Farmaceutyczny w .....**

.....  
.....  
.....

## WNIOSEK

### **o zwolnienie apteki z prowadzenia środków odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych grupy II-P**

1. Pełna nazwa i adres apteki:

.....  
.....  
.....

2. Numer zezwolenia na prowadzenie apteki:

.....  
.....

3. Imię i nazwisko kierownika apteki:

.....

4. Okres, którego zwolnienie dotyczy:

.....

5. Wskazanie sposobu zapewnienia pacjentom dostępu do środków  
odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych grupy II-P objętych  
wnioskiem:

.....  
.....  
.....

6. Uzasadnienie wniosku:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Pieczęć i podpis kierownika apteki