

.....
(miejsowość i data)

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

**Wniosek
o przydział zakresu liczb będących unikalnymi numerami
identyfikującymi recepty na produkty lecznicze posiadające kategorię
dostępności „Rpw”**

Na podstawie § 4 ust. 9 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r., poz. 2424) ja, niżej podpisana/y:

.....
/imię /imiona/ nazwisko wnioskodawcy/

zamieszkała/y:

.....
/adres zamieszkania wnioskodawcy/

nr telefonu kontaktowego:.....

posiadająca/y prawo wykonywania zawodu lekarza nr

.....
wydane w dniu przez:.....
.....

wnoszę o wydanie zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na produkty lecznicze posiadające kategorię dostępności „Rpw” **w ilości: numerów***.

Oświadczam, że jestem uprawniona/y do wystawiania wyżej wymienionych recept.

Oświadczam, że nie zawarłam/em umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającej do wystawiania recept refundowanych.

Zobowiązuję się do stosowania numerów recept w sposób wykluczający ich wielokrotne użycie oraz do zawiadomienia niezwłocznie Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Bydgoszczy o fakcie zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept posiadających unikalne numery identyfikujące receptę lub zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi receptę albo podejrzeniu sfalszowania tych recept lub zakresów przekazując informacje o związanych z tym okolicznościach i numerach tych recept.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* maksymalnie 20 numerów

Uwaga:

Do wniosku należy dołączyć kopię prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę.