

.....  
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