

.....  
(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.*