………………..…………………

 (miejscowość i data)

**Kujawsko-Pomorski**

**Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**w Bydgoszczy**

 **Wniosek**

**o przydział zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na produkty lecznicze zawierające środek odurzający, substancję psychotropową, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii**

Na podstawie § 4 ust. 9 pkt 2 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 zawierające środek odurzający, substancję psychotropową, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii **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 sfałszowania tych recept lub zakresów przekazując informacje o związanych z tym okolicznościach i numerach tych recept.

 ……………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* maksymalnie 100 numerów

**Uwaga:**

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