….…………………………

miejscowość i data

….………………………

pieczątka apteki

**Kujawsko-Pomorski**

**Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny**

**w Bydgoszczy**

**Zawiadomienie**

o posiadaniu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1 oraz produktów leczniczych, zepsutych, sfałszowanych lub którym upłynął termin ważności, zawierających w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1 | Nazwa handlowa środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1 | Nazwę międzynarodową lub handlową \* | Numer GTIN zgodny z systemem GS1 \* | Numer serii | Data ważności | Ilość /liczba \*\* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

\* dotyczy produktu leczniczego

\*\* liczbę opakowań jednostkowych produktu leczniczego lub ilość czystego środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1, wyrażona w gramach, zaokrąglona do drugiego miejsca po przecinku

……………………………………………

podpis osoby odpowiedzialnej