….…………………………

 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