

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć apteki

**Kujawsko-Pomorski
Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
w Bydgoszcy**

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