................................................................ ………........................

 (nadruk lub pieczęć obejmujące nazwę, (miejscowość, data)
 adres i numer telefonu podmiotu)

**Podkarpacki Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Warszawska 12a**

**35-205 Rzeszów**

**Zawiadomienie**

**o posiadaniu produktów leczniczych zepsutych, sfałszowanych
lub którym upłynął termin ważności, zawierających w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1**

Zawiadamiam, że w aptece ogólnodostępnej/aptece szpitalnej/dziale farmacji szpitalnej/ innym podmiocie\*

...................................................................................................................................................

................................................................................................................................................... (dokładny adres podmiotu)

znajdują się produkty lecznicze zepsute/ sfałszowane/ którym upłynął termin ważności\* zawierające w swoim składzie środki odurzające/ substancje psychotropowe/ prekursory kategorii 1\*, których szczegółowy wykaz stanowi załącznik do niniejszego zawiadomienia.

..............................................................

 (czytelny podpis osoby odpowiedzialnej)

\*niepotrzebne skreślić

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1 | **Nazwa handlowa** środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1 | **Nazwa międzynarodowa lub handlowa produktu leczniczego** | **Numer GTIN** | **Numer serii** | **Data ważności** | **Liczba opakowań**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

..............................................................

 (czytelny podpis osoby odpowiedzialnej)