

.....  
(nadruk lub pieczęć obejmujące nazwę, adres  
i numer telefonu zgłaszającego podejrzenie)

.....  
(data sporządzenia)

.....  
imię i nazwisko kierownika apteki / osoby odpowiedzialnej

.....  
telefon do kontaktu

**Wojewódzki Inspektor  
Farmaceutyczny  
w Warszawie**

## Oświadczenie o przyczynach braku posiadania produktu leczniczego lub jego pozostałości, w tym opakowania

Na podstawie § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2008r. w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (DZ. U. z 2022r. poz. 969) oświadczam, że produkt leczniczy / pozostałość produktu leczniczego\*, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie braku spełnienia wymagań jakościowych:

.....  
nazwa produktu leczniczego, moc, postać, seria, data ważności

nie znajduje się w posiadaniu zgłaszającego i nie znajduje się w:

.....  
nazwa i adres apteki, hurtowni lub placówki podmiotu upoważnionego do dokonania zgłoszenia

Przyczyną braku posiadania ww. produktu leczniczego / pozostałości produktu leczniczego\* jest:

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

Dołączam dokument potwierdzający przekazanie ww. produktu\*\*

.....  
pieczęćka i podpis kierownika apteki/ osoby odpowiedzialnej

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku zwrotu do hurtowni należy dołączyć potwierdzenie dokonania zwrotu