

.....  
(pieczęć nagłwkowa apteki / podmiotu)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(zezwolenie / zgoda znak: )

.....  
( telefon do kontaktu )

**Mazowiecki Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny  
ul. Floriańska 10  
03-707 Warszawa**

**Delegatura .....**  
.....  
.....

### Zawiadomienie

o posiadaniu w .....

.....  
(pełna nazwa i adres apteki / podmiotu)

**środków odurzających, substancji psychotropowych oraz prekursorów kategorii 1, ich mieszanin, produktów leczniczych zawierających środki odurzające, substancje psychotropowe oraz prekursory kategorii 1 zepsutych, sfalszowanych, którym upłynął termin ważności \*\***

Proszę o dokonanie zabezpieczenia substancji kontrolowanych, wymienionych w tabeli.

Lp.	Nazwa międzynarodowa środka kontrolowanego (w tym w składzie produktu leczniczego)	Nazwa handlowa produktu leczniczego, dawka , postać	Numer GTIN	Nr serii	Data ważności	Ilość*

\* ilość: - w przypadku czystego środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1, wyrażona w gramach, zaokrąglona do drugiego miejsca po przecinku,  
- w przypadku produktu leczniczego, zawierającego środki odurzające, substancje psychotropowe oraz prekursory kategorii 1, liczba opakowań jednostkowych – osobno dla każdego produktu leczniczego  
\*\* niepotrzebne skreślić

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