

.....  
miejsowość i data

.....  
nazwisko, imię wnioskodawcy

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

**Małopolski Wojewódzki  
Inspektor Farmaceutyczny**  
Plac Szczepański 5, 31-011 Kraków

## WNIOSEK

**o przydział zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na produkty lecznicze posiadające kategorię dostępności „Rp” zawierające środek odurzający, substancję psychotropową, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, niepodlegające refundacji – dla lekarzy weterynarii**

Na podstawie § 4 ust. 10 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. 2020, poz. 2424 ze zm.) wnoszę o przydzielenie mi zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty wystawiane na produkty lecznicze posiadające kategorię dostępności „Rp” zawierające środek odurzający, substancję psychotropową w ilości: ..... numerów.

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza:.....  
z dnia .....  
wydany przez .....

Oświadczam, że jestem uprawniona/y na wystawiania ww. recept.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu) na potrzeby wydania przez Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki posiadające kategorię dostępności „Rp” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. 2019 poz. 1781 ze zm.). Równocześnie potwierdzam zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej znajdującej się na stronie internetowej Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Krakowie.

Zobowiązuję się do stosowania numerów recept w sposób wykluczający ich wielokrotne użycie oraz zawiadomienia niezwłocznie Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o fakcie zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept posiadających unikalne numery identyfikujące receptę lub zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty albo podejrzeniu sfałszowania tych recept lub zakresów przekazując informacje o związanych z tym okolicznościach i numerach tych recept.

.....  
(czytelny podpis składającego wniosek)

### Uwaga:

Do wniosku należy dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu lekarza.