…… ……
Dane podmiotu Miejscowość i data

Małopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny

ZAWIADOMIENIE

o posiadaniu zepsutych, sfałszowanych lub po terminie ważności - *substancji kontrolowanych*

Zawiadamiam, że w aptece ogólnodostępnej / aptece szpitalnej / dziale farmacji szpitalnej / podmiocie prowadzącym działalność leczniczą / zakładzie leczniczym dla zwierząt / innym podmiocie (*wskazać jakim*) .....*****

pod adresem: ……..
znajdują się zepsute / sfałszowane / po terminie ważności* produkty lecznicze zawierające w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1, których szczegółowy wykaz stanowi załącznik do niniejszego zawiadomienia.

……
(czytelny podpis osoby odpowiedzialnej)

<u>Załącznik:</u>
Wykaz zepsutych / sfałszowanych / po terminie ważności* substancji kontrolowanych przeznaczonych do zniszczenia zawierający:

1. nazwę środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1, wchodzących w skład produktu leczniczego;
2. nazwę handlową środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora kategorii 1, wchodzących w skład produktu leczniczego;
3. nazwę międzynarodową lub handlową produktu leczniczego;
4. numer GTIN zgodny z systemem GS1;
5. numer serii produktu leczniczego;
6. datę ważności produktu leczniczego;
7. liczbę opakowań jednostkowych – osobno dla każdego produktu leczniczego.

**niepotrzebne skreślić*