…………………………………………. ………………., dn…………

………………………………………….

………………………………………….

(nazwa, adres, tel. wnioskodawcy, pieczątka)

 **Wielkopolski Wojewódzki**

 **Inspektor Farmaceutyczny**

 **ul. Szwajcarska 5**

 **61-285 Poznań**

WNIOSEK O **ZMIANĘ** POSIADANEJ ZGODY NA POSIADANIE I STOSOWANIE W CELACH MEDYCZNYCH PREPARATÓW DOPUSZCZONYCH DO OBROTU JAKO PRODUKTY LECZNICZE, ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE GRUP I-N, II-N, III-N I IV-N LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE GRUP II-P, III-P I IV-P.

Wnoszę o zmianę zgody nr :

|  |
| --- |
|  |

Wydanej dnia:

|  |
| --- |
|  |

z powodu:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Zmiany miejsca zaopatrzenia

 Zmiany osoby odpowiedzialnej

|  |
| --- |
|  |

 Zmiany produktów leczniczych

|  |
| --- |
|  |

 Inny powód

……….…………………………………………………….

|  |
| --- |
|  |

*data i podpis osoby odpowiedzialnej,*

*piecz*ą*tka z numerem prawa wykonywania zawodu*

tel .kontaktowy

 …………………………………………………………….

*data i podpis osoby upowa*ż*nionej do reprezentowania*

*podmiotu składaj*ą*cego wniosek, piecz*ą*tka*