…………………………………………. ………………., dn…………

………………………………………….

………………………………………….

(nazwa, adres, telefon wnioskodawcy, pieczątka)

 **Wielkopolski Wojewódzki**

 **Inspektor Farmaceutyczny**

 **ul. Szwajcarska 5**

 **61-285 Poznań**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA ZMIANY NA STANOWISKU OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Informuję, że

od dnia będzie osobą odpowiedzialną za nadzór nad przechowywaniem i stosowaniem w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N, IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P, IV-P, znajdujących się w

|  |
| --- |
|  |

 …………………………………………………………….

*data i podpis osoby upowa*ż*nionej do reprezentowania podmiotu, piecz*ą*tka*