Hurtownia Farmaceutyczna Actifarm

ul. Ceramiczna 1, 05-850 Ołtarzew

Centrum Dystrybucyjne Neuca

....................................... (miejscowość i data)

Apteka/Kontrahent: ………….........................................

 .........................................................

 .........................................................

(dokładny adres)

ZAMAWIAJĄCY:

......................................................………………………………..........................................................

(pełna nazwa oraz numer KRS/REGON)

......................................................………………………………..........................................................

(dokładny adres miejsca dostawy produktu)

......................................................………………………………..........................................................

(zakres działalności)

......................................................………………………………..........................................................

(numer i data wydania stosownego zezwolenia bądź zgody wydanej na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii)

**Zwracam się z prośbą o sprzedaż następujących preparatów zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe:**

1. ……………………………………………………………………………………………

*(nazwa międzynarodowa/handlowa, jeżeli taka istnieje, postać farmaceutyczna, dawka oraz zamawiana ilość sztuk)*

1. ...........................................................................................................………………………
2. ............................................................................................................………………………

**Osoba upoważniona do odbioru:** .....................................................................……………………..

(imię i nazwisko oraz numer dokumentu tożsamości)

……………….………………........................................................

 (imię i nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania podmiotu składającego zapotrzebowanie)