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

*(pieczątka apteki) (miejscowość, data)*

**Świętokrzyski Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

**Z A W I A D O M I E N I E**

**o prowadzeniu ewidencji środków odurzających grupy I-N oraz substancji psychotropowych grupy II-P w formie elektronicznej**

1. Nazwa i adres apteki: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Numer i data wydania zezwolenia na prowadzenie apteki: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Podmiot, na rzecz którego zostało wydane zezwolenie: .................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................

4. Imię i nazwisko kierownika apteki: ....................................................................................................................................................

5. Data dokonania pierwszego obrotu, ewidencjonowanego w formie elektronicznej: ....................................................................................................................................................

6. Aktualny numer rejestru książki kontroli środków odurzających i psychotropowych w wersji papierowej.

……………………………………………………………………………………………………………

7. Informuję, że:

- stosowany w aptece system komputerowy gwarantuje, iż żadne zapisy dotyczące stanów i ruchów magazynowych nie będą usuwane, a korekty zapisów będą dokonywane za pomocą dokumentów korygujących, opatrzonych czytelnym podpisem i danymi osoby dokonującej korekty, celem zapewnienia pełnej kontroli dokonywanych operacji,

- zakres danych w formie elektronicznej jest zgodny z układem książki kontroli, o której mowa w § 3 ust. 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje,

- co dwa tygodnie dokonywane będą wydruki prowadzonej ewidencji i podpisane przez kierownika apteki wydruki obejmujące dany rok kalendarzowy będą kolejno ponumerowane i przechowywane przez okres 5 lat, liczony od pierwszego dnia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego danych osobowych, w tym udostępnionych, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

…………………………………………………………

(*Pieczątka i podpis kierownika apteki)*