**ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚRODKI ODURZAJĄCE, SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE LUB PREKURSORY KAT. I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i dokładny adres odbiorcy, numer REGON lub numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, jeżeli zostały nadane |  |
| 2 | Nazwa i dokładny adres płatnika (jeśli inne niż w pkt. 1), numer REGON lub numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, jeżeli zostały nadane |  |
| 3 | Numer, rodzaj i data zezwolenia wydanego przez WIF/GIF na prowadzenie działalności określonej w pkt. 4 |  |
| 4 | Rodzaj prowadzonej działalności |  |
| 5 | Międzynarodowa nazwa zalecana oraz zamawiana ilość środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kat. I | Międzynarodowa nazwa zalecana: | Zamawiana ilość: |
|  |  |
| 6 | Dane kontaktowe osoby upoważnionej do odbioru środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kat. I | Imię i nazwisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| 7 | Data sporządzenia zapotrzebowania oraz podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego |  |