

WZÓR

.....
(miejscowość i data)

**Właściwy wojewódzki inspektor farmaceutyczny
albo właściwy wojskowy inspektor farmaceutyczny^{*)}**

– w przypadku środków odurzających, substancji
psychotropowych, ich preparatów lub prekursorów kategorii 1

**Właściwy państwowy wojewódzki inspektor sanitarny,
właściwy wojskowy inspektor sanitarny albo
państwowy inspektor sanitarny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych^{*)}**

– w przypadku środków zastępczych
lub nowych substancji psychoaktywnych

.....
.....
(pieczęć lub nazwa i adres zgłaszającego)

**ZGŁOSZENIE PROWADZENIA BADAŃ W CELU IDENTYFIKACJI I POTWIERDZENIA
POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA LUB NARUSZENIA ZAKAZU WYTWARZANIA, PRZYWOZU
I WPROWADZANIA DO OBROTU NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH LUB NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH**

1. Imiona, nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za nadzór nad prowadzeniem badań w celu identyfikacji i potwierdzenia popełnienia przestępstwa lub naruszenia zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych:
.....
2. Określenie daty planowanego rozpoczęcia i zakończenia prowadzenia badań w celu identyfikacji i potwierdzenia popełnienia przestępstwa lub naruszenia zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych^{**)}:
.....
3. Określenie miejsca, w którym prowadzone będą badania w celu identyfikacji i potwierdzenia popełnienia przestępstwa lub naruszenia zakazu wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych:
.....
4. Opis planowanego sposobu przechowywania środków odurzających, substancji psychotropowych, ich preparatów, prekursorów kategorii 1, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych:
.....
5. Opis planowanego sposobu prowadzenia ewidencji środków odurzających, substancji psychotropowych, ich preparatów, prekursorów kategorii 1, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych:
.....

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania zgłaszającego)

^{*)} Wpisać właściwego adresata.

^{**)} W przypadku planowanego zakończenia prowadzenia badań należy wpisać: „czas zakończenia badań nieokreślony” lub wpisać datę planowanego zakończenia badań.