

ŽÁDOST O VYDÁNÍ POVOLENÍ
k zacházení s návykovými látkami a přípravky

IČO:

III. Žadatel žádá o vydání povolení k zacházení s návykovými látkami a přípravky na dobu let (maximálně 5 let podle § 8 odst. 3 zákona č. 167/1998 Sb.)

IV. Fyzické osoby oprávněné jednat jménem žadatele:
(např. dle obchodního rejstříku)

	Jméno, popř. jména, příjmení, titul:	Telefon:	Funkce:	Podpis:
1.				
2.				
3.				
4.				

V. Odpovědná osoba

Jméno, popř. jména, příjmení, titul:	Funkce:	Podpis:
Adresa trvalého pobytu v České republice: (nemá-li odpovědná osoba trvalý pobyt v České republice, uveďte její bydliště a členský stát Evropské unie, kterého je občanem)		
Telefon:	E-mail:	

Razítko:

Datum:

Nevyplněné kolonky proškrtněte souvislou čarou.