DOKUMENT UMOŻLIWIAJĄCY WEWNĄTRZWSPÓLNOTOWĄ DOSTAWĘ LUB WEWNĄTRZWSPÓLNOTOWE NABYCIE ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH NA WŁASNE POTRZEBY LECZNICZE ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH LUB SUBSTANCJIPSYCHOTROPOWYCH NA WŁASNE POTRZEBY LECZNICZE

|  |  |
| --- | --- |
| **Rzeczpospolita Polska** | …..………………….., dnia ………(Miejscowość) (Data) |

|  |
| --- |
| **A. LEKARZ ORDYNUJĄCY:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2) (Nazwisko) (Imię) (Telefon)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3) (Adres)  W przypadku wystawienia przez lekarza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4) (Pieczątka lekarza) (Podpis lekarza)  |
| 1. **PACJENT:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(6) (Nazwisko) (Imię) (Nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) (Miejsce urodzenia) (Data urodzenia)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(10) (Obywatelstwo) (Płeć)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(11) (Adres)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(12) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(13) (Liczba dni podróży) (Okres ważności zezwolenia – maksymalnie 30 dni) 1. **LEK PRZEPISANY:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(14) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(15) (Nazwa handlowa lub receptura specjalna) (Sposób dawkowania) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(16) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(17) (Nazwa międzynarodowa substancji czynnej) (Stężenie substancji czynnej)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(18) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(19) (Sposób zażywania) (Całkowita zawartość substancji czynnej)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(20) (Okres ważności recepty – maksymalnie 30 dni)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(21) (Uwagi)  |
|
| **D. ORGAN WYSTAWIAJĄCY/UWIERZYTELNIAJĄCY (niepotrzebne skreślić)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(22) (Nazwisko)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(23) (Adres) (Telefon)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(24)  (Pieczęć służbowa) (Podpis)  |
|  |
|    | Certification to carry drugs and/or psychotropic substances for the purpose of medical treatment – Article 75 of the Schengen Convention  | Certificat pour le transport de stupéfiants et/ou de substances psychotropes à des fins thérapeutiques – Article 75 de la Convention d'application de l'Accord de Schengen  |
| (1)  |   Country, town, date  |   pays, délivré à, date  |
| **A.**   |   Prescribing doctor   |   Médecin prescripteur   |
| (2)  |  Name, first name, phone  |  nom, prénom, téléphone  |
|  (3)  |   Address  |   adresse  |
|  (4)  |   Where issued by doctor:  |  en cas de délivrance par un médecin:  |
|    |   doctor's stamp and signature  |   cachet, signature du médecin  |
|  **B.**   |   Patient   |   Patient   |
| (5)  |  Name, first name  |  nom, prénom  |
|  (6)   |   No of passport or other identification document   |   no du passeport ou du document d'identité   |
| (7)  |  Place of birth  |  lieu de naissance  |
|  (8)  |   Date of birth  |   date de naissance  |
|  (9)   |   Nationality   |   nationalité   |
| (10)  |  Sex  |  sexe  |
|  (11)  |   Address  |   adresse  |
|  (12)   |   Duration of travel in days   |   durée du voyage en jours   |
| (13)  |  Validity of authorisation from/to – maximum 30 days   |  durée de validité de l'autorisation du/au – max. 30 jours   |
|  **C.**   |  Prescribed drug   |  Médicament prescrit   |
| (14)   |  Trade name or special preparation   |  nom commercial ou préparation spéciale   |
| (15)  |  Dosage form  |  forme pharmaceutique  |
|  (16)  |   International name of active substance  |   dénomination internationale de la substance active  |
|  (17)  |   Concentration of active substance  |   concentration de la substance active  |
|  (18)  |   Instructions for use  |   mode d'emploi  |
|  (19)  |   Total quantity of active substance  |   quantité totale de la substance active  |
|  (20)  |   Duration of prescription in days – maximum 30 days  |   durée de la prescription, en jours – max. 30 jours  |
|  (21)  |   Remarks  |   remarques  |
|  **D.**   |   Issuing/accrediting authority   |   Autorité qui déliver/authentific   |
|   |  (deleate nr applying)  |  (biffer ce qui ne convient pas)  |
|  (22)  |   Expression  |   désignation  |
|  (23)   |   Address, tel   |   adresse, téléphone   |
| (24)  |  Authority's stamp and signature  |  sceau, signature de l'autorité  |