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

|  |  |
| --- | --- |
| **Rzeczpospolita Polska**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | .…..………………….., dnia……………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1) |

 (Kraj) (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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8)(Miejsce urodzenia) (Data urodzenia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(10) (Obywatelstwo) (Płeć) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(11) (Adres) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(12) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(13)(Liczba dni podróży) (Okres ważności zezwolenia- maksymalnie 30 dni)  **C.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  |