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 |