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: | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nazwisko) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Imię) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)  (Telefon) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)  (Adres) | | | |
| W przypadku wystawienia przez lekarza: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Pieczątka lekarza) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)  (Podpis lekarza) |
| B. PACJENT: | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5)  (Nazwisko) (Imię) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(6)  (Nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7)  (Miejsce urodzenia) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8)  (Data urodzenia) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9)  (Obywatelstwo) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(10)  (Płeć) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(11)  (Adres) | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(12)  (Liczba dni podróży) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(13)  (Okres ważności zezwolenia – maksymalnie 30 dni) | | |
| C. LEK PRZEPISANY: |  | |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(14)  (Nazwa handlowa lub receptura specjalna) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(15)  (Sposób dawkowania) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(16)  (Nazwa międzynarodowa substancji czynnej) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(17)  (Stężenie substancji czynnej) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(18)  (Sposób zażywania) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(19)  (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'sstamp 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 |