**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 |