**Wniosek o dokument umożliwiający przywóz lub wywóz środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kat. 1 na własne potrzeby lecznicze**

**Application for document allowing import and export of narcotic drugs, psychotropic substances or category 1 precursors for own medical purpose**

**Podstawowe dane pacjenta:**

***Basic patient information:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** ***First and last name:*** |  |
| **Nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości:*****No. of passport or other identification document:*** |  |
| **Miejsce urodzenia:*****Place of birth:*** |  |
| **Data urodzenia:*****Date of birth:*** |  |
| **Obywatelstwo:*****Nationality:*** |  |
| **Płeć:*****Sex:*** |  |
| **Adres zamieszkania:*****Home address:*** |  |
| **Liczba dni podróży:*****Duration of travel in days:*** |  |
| **Zakres dat podróży:*****Planned travel date range:*** |  |
| **Kraj podróży:*****Destination:*** |  |

**Dane kontaktowe (opcjonalne, pomocne w wypadku potrzeby kontaktu w razie wątpliwości z wnioskiem):**

*Contact info (optional, helpful in case contact is required because of some problems with application)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres korespondencyjny (jeśli inny od adresu zamieszkania):*****Return address(if different than Home address):*** |  |
| **Numer telefonu:*****Phone number:*** |  |
| **Adres e-mail:*****E-mail address:*** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Data*(Date):*** |  | **Podpis(Signature):** |

**Przepisany środek odurzający, substancja psychotropowa lub prekursor kategorii 1 (w wypadku więcej niż jednego produktu lub przewozu kilku różnych dawek tego samego produktu wypełnić oddzielnie dla każdego produktu)**

***Prescribed narcotic drug, psychotropic substance or category 1 precursor (in case of travel with more than one medical product or different dosages of same product, copy for each product should be filled separately)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa handlowa produktu lub receptura specjalna:*****Trade name or special preparation:*** |  |
| **Sposób dawkowania** **(Ilość przyjmowanego produktu zgodna z receptą lub zaświadczeniem lekarskim):*****Dosage form******(Amount of daily dosage of product, confirmed via prescription or doctor notice):*** |  |
| **Nazwa międzynarodowa substancji czynnej:*****International name of active substance:*** |  |
| **Stężenie substancji czynnej** **(ilość substancji czynnej w jednostkowej dawce produktu tj. tabletka, 1 gram lub 1 ml produktu):*****Concentration of active substance*** ***(amount of active substance in single unit of product, such as capsule or 1 ml of solution):*** |  |
| **Całkowita ilość przewożonego produktu** **(ilość tabletek/gramach/ml produktu wynikająca z dziennego dawkowania oraz ilości dni podróży):*****Total amount of taken product*** ***(total amount of capsules/grams/ml of products taken on travel, based on daily intake and number of travel days):*** |  |
| **Całkowita zawartość substancji czynnej** **(Całkowita ilość przewożonego produktu pomnożona przez stężenie substancji czynnej) :*****Total quantity of active substance*** ***(Total amount of taken product multiplied by concentration of active substance):*** |  |

**Dodatkowe uwagi do wniosku:**

***Additional remarks to application:***

|  |
| --- |
|  |