

República del Chad (10 de julio de 2014)

| Documentación exigida (p. ej., expedida o refrendada por un médico o una autoridad sanitaria competente) | Restricciones (p. ej., cualitativas o cuantitativas) | Autoridad nacional competente (punto de contacto para obtener más información) |
|---|--|--|
| a) Receta médica válida <input checked="" type="checkbox"/> | Días / Cantidades/Dosis | Nombre: |
| b) Certificado del médico refrendado por las autoridades sanitarias del país de residencia <input type="checkbox"/> | Estupefacientes <input checked="" type="checkbox"/> | Dirección: 1948 |
| c) Certificado expedido por las autoridades sanitarias del país de destino <input type="checkbox"/> | Sustancias sicotrópicas <input checked="" type="checkbox"/> | Tel.: +66290938 |
| d) Presentación de la receta original en la aduana del país de destino <input checked="" type="checkbox"/> | | Fax: |
| e) Otro tipo de documento. En caso afirmativo, indíquese. <input type="checkbox"/> _____ | Lista de sustancias prohibidas. Si hubiera, especifíquese. _____ | Correo electrónico: |
| | Información de otra índole: _____ | |