

البلد: توغو (التاريخ: ٩ تموز/يوليه ٢٠١٤)		
السلطة الوطنية المختصة (التي يُتصل بها للحصول على المزيد من التفاصيل)	القيود (أي القيود النوعية و/أو الكمية)	الوثائق المطلوبة (أي التي يصدرها/يعتمدها طبيب ممارس أو سلطة صحية مأذون لها)
<p>الاسم: _____ العنوان: مديرية الصيدليات Pharmacies Directorate</p> <p>الهاتف: ٠٧ ٩٩ ٢٢ ٢٢ ٢٢٨ + الفاكس: ٠٧ ٩٩ ٢٢ ٢٢ ٢٢٨ + البريد الإلكتروني: dpmtogo@yahoo.fr</p>	<p>عدد الأيام / الكميات/الجرعات</p> <p>المخدرات <input type="checkbox"/></p> <p>لمدة لا تتجاوز ٧ أيام <input type="checkbox"/></p> <p>المؤثرات العقلية <input type="checkbox"/></p> <p>لمدة لا تتجاوز ٣٠ يوماً <input type="checkbox"/></p> <p>قائمة بالمواد المحظورة في هذه الحالة، الرجاء بيانها</p> <p>معلومات أخرى</p> <p>المرجع: المادة ٦٦ من القانون رقم ٩٨-٠٠٨ بشأن مراقبة المخدرات</p>	<p>(أ) وصفة طبية صحيحة <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(ب) شهادة طبيب معتمدة من السلطات الصحية لبلد الإقامة <input type="checkbox"/></p> <p>(ج) شهادة صادرة من السلطات الصحية في بلد المقصد <input type="checkbox"/></p> <p>(د) إبراز الوصفة الطبية الأصلية في جمارك بلد المقصد <input type="checkbox"/></p> <p>(هـ) نوع آخر من المستندات، وفي هذه الحالة الرجاء بيانه <input type="checkbox"/></p>