

(التاريخ: ١٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣)		
البلد: قطر		
السلطة الوطنية المختصة (التي يُصل إليها 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: الدكتور عائشة إبراهيم الأنصاري العنوان: صندوق البريد ١٩١٩ الدوحة قطر الهاتف: ٤٤٣١٣٩٠٠ (٩٧٤) الفاكس: ٤٤٤٢٥٣٩٩ (٩٧٤) البريد الإلكتروني: aalansari4@sch.gov.qa</p>	<p>عدد الأيام / الكميات/الجرعات</p> <p>المخدرات</p> <p>١٠ أيام</p> <p>المؤثرات العقلية</p> <p>٦٠ يوماً</p> <p>قائمة بالمواد الخطورة في هذه الحالة، الرجاء بيانها</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>معلومات أخرى</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 checked="" type="checkbox"/></p> <p>(د) إبراز الوصفة الطبية الأصلية في جوارك بلد المقصد <input type="checkbox"/></p> <p>(هـ) نوع آخر من المستندات، وفي هذه الحالة الرجاء بيانها <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>