

Country (date)		
Необходимая документация (к примеру, выданная/подтвержденная практикующим врачом или компетентными органами здравоохранения)	Ограничения (к примеру, качественные и/или количественные)	Государственные компетентные органы (для обращения за более детальной информацией)
a) Действительный медицинский рецепт <input type="checkbox"/>	Дни / Количества / Дозы	Address  Tel.:  Fax:  <b>e-mail:</b>
b) Сертификат врача подтвержденный органами здравоохранения в стране проживания <input type="checkbox"/>	Наркотические средства <input type="checkbox"/>	
c) Сертификат выданный органами здравоохранения страны назначения <input type="checkbox"/>	Психотропные вещества <input type="checkbox"/>	
d) Представление оригинала рецепта на таможенном контроле в стране назначения <input type="checkbox"/>	Список запрещенных веществ. Пожалуйста, перечислите.	
e) Другие документы, пожалуйста перечислите <input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	
	Дополнительная информация	