

| البلد: زمبابوي (التاريخ: ٢٣ حزيران/يونيه 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: DORCAS SITHOLE</p> <p>العنوان: P.O. Box CY1122, Harare</p> <p>الهاتف: +٢٦٣ ٧٧٢ ٢٣٩ ١٣٢</p> <p>الفاكس: sithole.dss2284@yahoo.com</p> <p>البريد الإلكتروني: sithole.dss2284@yahoo.com</p> <p>و</p> <p>الاسم: Gugu N Mahlangu</p> <p>العنوان: 106 Baines Avenue, Harare</p> <p>الهاتف: +٢٦٣ ٧٧٢ ١٤٥ ١٩١-٢</p> <p>الفاكس: +٢٦٣ ٤ ٧٣٦٩٨٠</p> | <p>عدد الأيام / الكميات/الجرعات</p> <p>المخدرات: إمدادات لمدة ٤ أشهر</p> <p>المؤثرات العقلية: إمدادات لمدة ٦ أشهر</p> <p>قائمة بالمواد المحظورة في هذه الحالة، الرجاء بيانها</p> <p>معلومات أخرى</p> | <p>(أ) وصفة طبية صحيحة <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>(ب) شهادة طبيب معتمدة من السلطات الصحية لبلد الإقامة <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>(ج) شهادة صادرة من السلطات الصحية في بلد المقصد <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>(د) إبراز الوصفة الطبية الأصلية في جمارك بلد المقصد <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>(هـ) نوع آخر من المستندات، وفي هذه الحالة الرجاء بيانه <input type="checkbox"/></p> |