

Dirección (Fecha)		
Documentación exigida (p. ej. expedida o refrendada por un médico o una autoridad sanitaria competente)	Restricciones (p. ej. cualitativas y/o cuantitativas)	Autoridad nacional competente (punto de contacto para obtener más información)
a) Receta médica válida <input type="checkbox"/>	Días / Cantidades/Dosis	Adress Tel.: Fax: e-mail:
b) Certificado del médico refrendado por las autoridades sanitarias del país de residencia <input type="checkbox"/>	Estupefacientes <input type="text"/>	
c) Certificado expedido por las autoridades sanitarias del país de destino <input type="checkbox"/>	Sustancias sicotrópicas <input type="text"/>	
d) Presentación de la receta original en la Aduana del país de destino <input type="checkbox"/>		
e) Otra clase de documentos. Si la respuesta es afirmativa, se ruega indicarlos. <input type="checkbox"/> _____ _____	Lista de sustancias prohibidas. Si hubiera, especifíquense. _____ _____	
	Información de otra índole	