

 RZECZPOSPOLITA POLSKA <i>(REPUBLIC OF POLAND)</i>	POZWOLENIE NA IMPORT <i>(POLISH CONTROLLED DRUG IMPORT PERMISSION)</i>		NR (NO.):
<p>Główny Inspektor Farmaceutyczny Rzeczypospolitej Polskiej, powołany do wykonywania przepisów o środkach odurzających i substancjach psychotropowych, objętych konwencjami Narodów Zjednoczonych: Jednolitą konwencją o środkach odurzających z 1961 r., Konwencją o substancjach psychotropowych z 1971 r., niniejszym oświadcza, że pozwala na przywóz albo wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających lub substancji psychotropowych.</p> <p><i>(Chief Pharmaceutical Inspector of the Republic of Poland, appointed to execute the regulations on narcotic drugs and psychotropic substances, covered by United Nations: Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Convention on Psychotropic Substances 1971, hereby authorizes the import of the following controlled substances and/or preparations.)</i></p>			
Importer – posiada zezwolenie w Rzeczypospolitej Polskiej <i>(Importer – Licensee of Republic of Poland)</i>		Eksporter (Exporter)	
<p align="center">Importowane środki odurzające lub substancje psychotropowe i opis: <i>(Controlled substances and/or preparations to be imported and description):</i></p>			
Dodatkowe informacje lub uwagi: <i>(Additional informations or notes):</i>			
Data wydania <i>(Issue date):</i>	Data ważności <i>(Expiry date):</i>	<div style="text-align: right;"> (Podpis i pieczęć Głównego Inspektora Farmaceutycznego) <i>(Signature and stamp of Chief Pharmaceutical Inspector)</i> </div>	

WYPEŁNIA ORGAN CELNY ALBO IMPORTER
(TO BE COMPLETED BY THE CUSTOMS AUTHORITY OR IMPORTER)

1. Data wprowadzenia na obszar celny Unii Europejskiej (*Date of shipment*):
2. Data i numer zgłoszenia celnego (*Date and no of customs declaration*):
3. Data przekroczenia granicy RP – w przypadku wewnątrzwspólnotowego nabycia (*Date of crossing the Polish border – in the case of intra-Community acquisition*):
4. Ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych¹⁾
(*Number of displaced narcotic drugs or psychotropic substances*):

– (Imię, nazwisko i podpis)
(*Name, surname and signature*)

Zwrócić na adres (*Return to*):

Główny Inspektorat (*Chief Pharmaceutical Inspectorate*)
Farmaceutyczny (*Senatorska St 12*)
ul. Senatorska 12
00-082 Warszawa (*00-082 Warsaw POLAND*)
POLSKA

¹⁾ Wypełnić w przypadku mniejszych ilości niż zadeklarowane w pozwoleniu (Fill in case of minor amounts that were declared in the authorization).