

Nr.inreg...../data.....

Avizat,
D.S.P. Teleorman

REFERAT

Subsemnata/ul.....,
medic specialist/primar in specialitatea.....,
titular al unitatii sanitare /cabinetului medical individual/PFA/PFI/SRL

.....,
telefon:....., e-mail :.....,
cu sediul /punctul de lucru la adresa

.....,
avand un numar depacienti inscrisi pe lista proprie,

va rog sa-mi eliberati urmatoarele formulare cu regim special din Anexa 1 la Legea 339/2005, cu modificarile si completarile ulterioare:

- Carnete de prescriptii medicale securizate pentru preparatele care contin substante din tabelul III (formularele verzi – PSIHOTROPE) in numar de.....carnete.
- Carnete de prescriptii medicale securizate pentru preparatele care contin substante din tabelul II (formularele galbene – STUPEFIANTE) in numar de.....carnete.

in vederea:

- prescrierii catre pacienti a substantelor psihotrope sau stupefiante prevazute in Anexa 1 la Legea nr. 339/2005, cu completarile ulterioare, inclusiv Ordonanta nr.42/2024 (referatul va fi insotit de autorizatia de libera practica a medicului care le va prescrie).
- utilizarii medicale a substantelor psihotrope sau stupefiante prevazute in Anexa 1 la Legea nr. 339/2005, inclusiv Ordonanta nr.42/2024 , in cadrul unitatii noastre, in baza Autorizatiei obtinute de la Ministerul Sanatatii, conform prevederilor legale in vigoare (referatul va fi insotit de Autorizatia emisa de Ministerul Sanatatii).
- am luat cunostinta ca responsabilitatea pentru aprecierea necesitatii si legitimitatii utilizarii in actul medical a acestor preparate, precum si pentru prescrierea lor corespunzatoare, revine in totalitate medicului care le utilizeaza /face prescrierea.

Nume si Prenume, Semnatura

Parafa

Stampila cabinetului medical