Medical Certificate of the Need For Medication for the Travelling Patient

*(Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność stałego przyjmowania wymienionych leków i ich przewozu podczas podróży zagranicznej)*

I confirm that the patient *(Zaświadczam, że pacjent….)*

Ms/Mr

…………………………………………………………………………………………………………………….

born on *(ur.)*……………………………………………………………………………………………………

must take the following medicines for health reasons due to ongoing or temporary health issues *(ze względów zdrowotnych wymaga przyjmowania wymienionych leków)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Due to an allergic condition the patient must have at his/her disposal

………………………………………………………………………………………………………………………

The above medicines must be carried by the patient on board the plane in case they need to be taken during the flight *(pacjent musi mieć wymienione leki przy sobie w przypadku konieczności zażycia leku podczas lotu)*

The above medicines are transported only for the patient’s personal use during the stay at the United Arab Emirates *(wymienione leki są pacjentowi niezbędne wyłącznie do jego użytku własnego podczas pobytu za granicą).*

 *(pieczątka i podpis lekarza)*

Date *(data)* Signature of the attending physician

………………………… ………………………………………………..