אל : משרד הבריאות
אגף רוקחות

הנידון : <u>הצהרה על יבוא אישי של תרופות</u>

אני הח"מ : _X_____
(שם הנמען)

מספר ת.ז. : _X_____ מספר דרכון:
_____

מצהיר בזאת :

כי דבר דואר מספר: _____ שנתקבל עבורי מ _____

ומכיל תרופה : X_____
(נא לרשום שם התרופות בבירור)

עונה על התנאים הבאים:

1. התרופה אינה מכילה סם מסוכן.
2. בידי מרשם רופא לשימוש תרופה, במידה והתרופה מחייבת מרשם רופא.
3. התרופה מיועדת לצריכה אישית לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים.
4. התרופה לא תועבר לצד ג' בין בתמורה ובין שלא בתמורה והינה לצריכה אישית בלבד.
5. השימוש בתכשיר הנ"ל הינו באחריותי הבלעדית. ידוע לי כי כל נזק ו/או הוצאה שיגרמו לי או לצד ג', שעילתם נובעת כתוצאה ממעשה או מחדל בשימוש בתרופה זו הינם על אחריותי האישית בלבד ולא תהיה לי כל תביעה נזיקין כלפי משרד הבריאות ו/או אגף המכס והמע"מ בגין תכשיר זה.
6. אני מוותר בזאת בשמי ובשם נציגיי החוקיים על כל תביעה או טענה מכל סוג שהוא נגד משרד הבריאות ו/או אגף המכס והמע"מ בכל הקשור או נובע מהשימוש בתכשיר רפואי זה, ומצהיר בזאת כי זה שמי וזאת חתימתי.

תאריך : _X_____

חתימה:X _____