# Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :

Α.Δ.Τ. : ⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜

ΑΜΚΑ : ⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΟΔΟΣ :

Τ.Κ. : …….………… ΠΟΛΗ :

ΤΗΛΕΦ. : ⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜

E-MAIL :

**ΠΡΟΣ**

### ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

Είμαι ασθενής / συγγενής / φροντιστής ασθενή ο οποίος έχει διαγνωσθεί με : ………

και επιθυμώ να ενημερωθώ για τα κάτωθι:

α) Ποιά είναι η νόμιμη διαδικασία για την προμήθεια ιατρικής κάνναβης μέσω του κρατικού μονοπωλίου, όπως προβλέπεται από το ν.4139/2013, ώστε να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα της πάθησής μου/του/της.

β) Ποια είναι τα δικαιολογητικά και η διαδικασία εγγραφής στο Μητρώο Ασθενών και την έκδοση Κάρτας Ασθενή για την «**Ιατρική Χρήση Κάνναβης**»

Παρακαλώ όπως λάβω την απάντηση από την υπηρεσία σας εγγράφως εντός 60 ημερών, όπως ορίζεται από το άρθρο 10 §3 του Συντάγματος και σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 και του άρθρου 4 του ν.2690/1999 ΚΔΔ.

…………………………….., ……/……/…………

….. αιτ………

……………………………………….

(Υπογραφή)