

מרכז הזמנות ארצי
072-22-11-500
exbarak@a-barak.co.il

מוקד מרכז הדרכה ארצי
0722-74-78-70
info@a-barak.co.il

בזלת
תרופה עד הבית

www.bazelet-pharma.co.il

תאריך: _____

לכבוד
משרד הבריאות
יק"ר - יחידת הקאנביס הרפואי
ירושלים

א.ג.ב.

הנדון: שינוי תצורת צריכה של תרופת הקנאביס מפרחים לשמן.

שמי: _____ ת.ז: _____

מספר רישיון: _____ מינון: _____

תוקפו של הרישיון: _____ שם הספק: _____
ומקבל סיוע, הדרכה ואספקה באמצעות מוקד "בזלת".

מבקש לשנות את תצורת הצריכה המאושרת ברישיוני מפרחים לשמן.
ברישיון אושר לי שימוש בקנאביס רפואי בתצורת תפוחית בלבד.
מכיוון שעריתי עם גורמים מקצועיים, אני סבור, כי אשיג שיפור והטבה ניכרת לצרכי הרפואיים.
הריני להצהיר, כי כל מה שנכתב במסמך זה נועד להקל את השימוש בקנאביס הרפואי וכי כל מה שנכתב
במסמך זה הוא לצורך שימוש תרופתי בלבד.

בכבוד רב
