



Actiegroep Cannabis als Medicijn
Postbus 9170
3007 AD Rotterdam
Tel: 010 - 2917305
Fax: 010 - 2917306

Verklaring van geen bezwaar

Ondergetekende verklaart hiermee dat:

Gegevens:

Naam:

.....

Adres:

.....

Postcode/ Woonplaats:

.....

Telefoonnummer:

.....

Geboortedatum:

.....

Cannabis wil gebruiken om de volgende redenen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ondergetekende verzoekt u bij deze om bovengenoemde persoon behulpzaam te willen zijn bij het verkrijgen van marihuana.

Naam arts:

.....

Handtekening arts: Stempel arts:

.....

Plaats: Datum:

.....

(Maximaal zes maanden geldig)