Planilla de Registro para la Farmacia

RECOLECCION DE MEDICAMENTOS VENCIDOS Y / O EN DESUSO DOMICILIARIOS

				MARQUE CON UNA CRUZ		
FECHA DE RECEPCION	DNI USUARIO/PACIENTE	MEDICAMENTO	CANTIDAD	COMP	ML	GR

SERIE Y NUMERO DE CONTROL: _____

Fecha de retiro por la empresa transportista: _____

FIRMA: _____

FARMACÉUTICO RESPONSABLE: _____

Nota: original para la Farmacia, duplicado para el CFPBA