

VERBALE RITIRO DOCUMENTAZIONE INERENTE GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI: TRASFERIMENTO TITOLARITÀ DI FARMACIA

Denominazione farmacia _____ cod. n. _____

sita in via/piazza _____ n. _____

nel Comune di _____

Il giorno _____ del mese _____ dell'anno _____ il/la sottoscritto/a

dr./dr.ssa _____, Farmacista della UO

Assistenza Farmaceutica Territoriale dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, assistito/a dal

Funzionario amministrativo _____

alla presenza di:

Farmacista cedente dr./dr.ssa _____

Farmacista subentrante dr./dr.ssa _____

ha provveduto al ritiro della documentazione relativa alla gestione dei medicinali stupefacenti da parte del farmacista cedente costituita dai documenti di seguito riportati:

1. _____ **registro** di entrata/uscita la cui chiusura è stata effettuata dal farmacista cedente dal _____ al _____

ricette riguardanti farmaci e/o preparazioni di cui alla Tabella II, sezioni A, B e C (L. 49/2006 e L. 38/2010) come giustificativo delle scritture riportate nel registro di carico e scarico dal _____ al _____

_____ **verbali** di distruzione di sostanze, farmaci e/o preparazioni scaduti di cui alla Tabella II, sezioni A, B e C (L. 49/2006 e L. 38/2010) come giustificativi delle scritture riportate nel registro di carico e scarico

2. _____ **bollettario** buono acquisto dal _____ al _____

_____ **buoni acquisto** dal _____ al _____

Si allega l'elenco, che fa parte integrante del presente verbale, delle sostanze, preparazioni e/o specialità medicinali di cui alla Tabella II, sezioni A, B e C (L. 49/2006 e L. 38/2010), in giacenza presso la farmacia di _____ presi in carico dal nuovo titolare,

comprensivo di quanto oggetto di verbale di constatazione ed affidamento della Commissione di Vigilanza sulle farmacie dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, n° _____ del _____

L'elenco è controfirmato dal farmacista cedente dr./dr.ssa _____

e dal farmacista subentrante dr./dr.ssa _____.

Letto, confermato e sottoscritto, _____

Timbro e firma Farmacista

UO Assistenza Farmaceutica Territoriale

Funzionario Amministrativo

UO Assistenza Farmaceutica Territoriale

Timbro e firma Farmacista cedente

Timbro e firma Farmacista subentrante

Si rilascia a ciascuno dei soggetti sopra indicati, copia del presente verbale.

