SEGNALAZIONE MEDICINALI/SOSTANZE STUPEFACENTI SCADUTI E/O INUTILIZZATI

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____

sita in _____ via/piazza _____ n° _____

comunica la giacenza dei seguenti medicinali/sostanze scaduti e/o non più utilizzati sottoposti alla disciplina del DPR 309/90 e s.m.i, di cui viene richiesta distruzione:

DENOMINAZIONE PRODOTTO E DOSAGGIO	DITTA	FORMA FARMACEUTICA	QUANTITÀ

Luogo, data _____ Timbro farmacia e firma titolare/direttore

_____

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticaterritoriale.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceuticaterritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o farmaceuticaterritoriale.treviso@aulss2.veneto.it (Distretto di Treviso)