TIMBRO REPARTO/SERVIZIO

ALLA FARMACIA
Fax 3950

La richiesta di restituzione è stata preventivamente concordata con il Farmacista di Guardia Dr. ................................................................. (tel. 4859):

Si restituiscono i seguenti prodotti:

<table>
<thead>
<tr>
<th>CODICE</th>
<th>DESCRIZIONE</th>
<th>SCADENeZA</th>
<th>QUANTITÀ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MOTIVO DELLA RESTITUZIONE:**

..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

I prodotti resi devono essere consegnati, a cura del reparto, al CENTRO LOGISTICO – Pad. 12

Si dichiara che il materiale sanitario reso è stato conservato rispettando le norme di corretta conservazione e senza alcuna manomissione della confezione originale.

☐ Temperatura tra +2° + 8°C  ☐ Temperatura ambiente

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Data ......................................................  ..............................................................................

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA - PER ACCETTAZIONE

Firma del Farmacista .................................................................  data..............................................