REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

Azienda ULSS 8 Berica
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

e-mail: farmaceutico@aulss8.veneto.it

FARMACIA _____ **CODICE FARMACIA** _____

COMUNE _____

Nel presente prospetto riepilogativo devono essere riportate **TUTTE** le sostanze stupefacenti e/o psicotrope scadute e/o non più utilizzabili che saranno soggette a distruzione, anche se già precedentemente comunicate.

CODICE MINSAN *	DENOMINAZIONE COMPLETA DELLA SPECIALITA' MEDICINALE	N. CONFEZIONI

* obbligatorio per tutte le specialità

timbro e firma della Farmacia

Data _____