

טופס החזרות
הצהרה על אחסון תרופות

אל: **מחסן תרופות – רוקח אחראי** - אלברטו פבלוקיס pablokis_a@mac.org.il

מספר שובר: _____ תאריך: _____

מק"ט	שם תכשיר	כמות	אצווה	תוקף	סיבת החזרה

הנני מאשר שהתכשירים המוחזרים הרשומים מעלה אוחסנו בכל העת בבית המרקחת בתנאים נאותים בהתאם לדרישות היצרן

תאריך	שם בית המרקחת	שם הרוקח האחראי	מס' רישון
	חותמת בית המרקחת	חותמת רוקח אחראי	

נא להעביר את טופס זה לאישור רוקח האחראי במחסן התרופות -

אלברטו פבלוקיס במייל pablokis_a@mac.org.il

עפ"י:

הוראת אגף M-LC-007 -חוזרת תרופות (Recall/Return) - למחסן תרופות
הוראות עבודה מחסן תרופות - M-LC-019 - החזרת תכשירים רפואיים למחסן.