

Timbro della farmacia

_____ li, _____

A.S.L. 106
Al Responsabile
Servizio Farmaceutico Territoriale
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 **TERAMO**

___ I ___ sottoscritt ___ Dr./sa _____ in qualità di Tit / D.R. / G.P.
della farmacia indicata a margine, rivolge domanda perchè sia avviata la procedura di distruzione
delle sostanze **STUPEFACENTI** e **PSICOTROPE**, giacenti presso il proprio esercizio, in quanto
non più commerciabili perchè scadute, avariate o ritirate dal commercio e per la quali si allega
opportuna distinta.

Con osservanza

___ I ___ Tit / D.R. / G.P.

Dr./sa _____

Timbro della farmacia

CODICE AZIENDALE: _____

(Allegato alla domanda per distruzione del _____)

ELENCO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI e PSICOTROPE, giacenti presso il proprio esercizio, in quanto non più commerciabili perché scadute, avariate o ritirate dal commercio .

SPECIALITA' e forma farmaceutica (es. Cps x 6)	Barrare se scaduti, avariati o ritirati	Quantità (num. conf.)	Data scadenza (indicare mese/anno)	Num. LOTTO
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			
	S A R			

___ I ___ Tit / D.R. / G.P.

Dr./sa _____