İadeyi Yapan Poliklinik: ……/……/20….

İade nedeni : Miadının dolması :

Diğer :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SIRA****NO** | **İLAÇ VEYA SARF MALZEME ADI** | **SON KULLANIM****TARİHİ** | **MİKTAR** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |

İADEYİYAPAN İADEALAN

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

İmza : İmza :

Sorumlu Eczacı

Adı Soyadı

İmza