a.p.n.l.

Bordereau de reprise des produits stupéfiants périmés

Nom de la spécialité ou du chimique: voir liste en attaché

Numéro de stupéfiant (s'il est disponible): voir liste en attaché

Quantité exacte, c'est-à-dire :

- Pour les spécialités : le nombre de boîtes (si elles sont complètes) ou le nombre de comprimés ou d'ampoules si les boîtes sont incomplètes:
- Pour le vrac : le poids exact total:

N° APB de la pharmacie:

Adresse de la pharmacie et N°TVA (pour facturation) :

Nom du pharmacien titulaire:

Numéro du(des) carton(s) déposé(s) :

Nombre de cartons déposés par le pharmacien titulaire:

Poids total du(des) carton(s) déposé(s):

Date : signature:

Reçu par A. CHAMPENOIS