

<i>Inventaire complet à remplir</i>						<i>Page : .../....</i>	
Pharmacie :						N° APB :	
Adresse de l'officine :						N° :	
Code postal :		Commune :				N° colis :	
Titulaire (nom et prénom) :							
<i>(A compléter par l'organisation centralisatrice) N° de la boîte dont le contenu est repris ci-dessous : .....</i>							
<b>Nombre de cartons déposés:</b>				<b>Poids total du (des) carton(s) déposé(s):</b>			
<i>carton(s)</i>				<i>Kg</i>			
<u>Qté</u>	<u>N° stup.</u>	<u>Libellé</u>	<u>Formes</u>	<u>Dosage</u>	<u>Nbre doses</u>	<u>Total (g)</u>	
	<i>si disponible</i>		<i>(comp-sol-amp...)</i>	<i>(mg et/ou ml)</i>	<i>(par boîte)</i>	<i>(si chimique)</i>	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
<i>Je certifie que cette liste faite en 3 exemplaires est sincère et complète.</i>							
<b>Nombre de colis:</b>				<b>Poids total:</b>			
<b>DATE et SIGNATURE du titulaire de l'officine :</b>							
<b>Cachet de l'organisation centralisatrice pour réception :</b>							
<b>Cachet du Service des Stupéfiants de l'AFMPS :</b>							