

Pharmacie :		N° APB :
Adresse de l'officine :		N° :
Code postal :	Commune :	
Titulaire (nom et prénom) :		Colis n° <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Numéro (à compléter par l'organisation centralisatrice) de la boîte dont le contenu est repris ci-dessous : _____		

	A		B	C	D	E	F	G
	Quantité		N° stup.	Libellé	Présentation	Dosage	D/B	Total (g)
	boîtes	unités						
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

*Je certifie que cette liste est sincère et complète.*

Date et signature du titulaire de l'officine :

Cachet de l'organisation centralisatrice pour réception :

Cachet du Service des Stupéfiants de l'AFMPS :