

.....
pieczętka Kliniki/Oddziału

Warszawa, dn.....

**Protokół zwrotu do Apteki
środka odurzającego lub psychotropowego w celu dokonania utylizacji**

Wykaz zwróconych środków (nazwa, ilość, seria, data ważności):

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Przyczyna zwrotu (w przypadku uszkodzonych opakowań należy opisać okoliczności powstania uszkodzenia):

.....
.....

.....
podpis i pieczętka
Kierownika Kliniki/Oddziału

.....
podpis i pieczętka lekarza

.....
podpis i pieczętka
Kierownika Apteki