PV de destruction
des médicaments classés comme stupéfiants
périmés du stock
(suite)

Désignation du produit (DENOMINATION – Dosage – Forme)	**Quantité en <u>unité de prise</u>**

Désignation du produit (DENOMINATION – Dosage – Forme)	**Quantité en <u>unité de prise</u>**

Fait à, (Tampon de la pharmacie)

Le :

Pharmacien Témoin :
(Prénom NOM Signature)

Pharmacien(s) Titulaire(s) :
(Prénom NOM Signature)