PV de destruction des médicaments classés comme stupéfiants périmés du stock

Désignation du produit (nom et forme) et conditionnement	**Quantité en <u>unité de prise</u> ou en poids**	**Numéro de lot**	**Date de péremption**

Fait à,
Le :

Pharmacien(s) Titulaire(s)
signature(s)

Pharmacien(s) Témoin(s)
signature(s)