

Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de

*ATTENTION établir en double exemplaire : envoyer un exemplaire au pharmacien inspecteur de santé publique ou à l'inspecteur de l'ARS ayant qualité de pharmacien et conserver l'autre pendant 10 ans*

*(à scanner en pdf si enregistrement informatique)*

**PV DE DESTRUCTION DES SUBSTANCES, PREPARATIONS OU MEDICAMENTS CLASSES COMME  
STUPEFIANTS PERIMES OU RETOURS (barrer la mention inutile)**

Date d'information du Pharmacien Inspecteur de santé publique ou à l'Inspecteur de l'ARS ayant qualité de pharmacien:

NOMS et prénoms du ou des pharmaciens titulaires :

NOM ET ADRESSE DE L'OFFICINE (Timbre de l'officine)

Cocher la case correspondante

Produit du stock	Produit retourné (Hors comptabilité stup)	Désignation du produit (nom et forme) et conditionnement	Quantité en unité ou en poids	Numéro de Lot	Date de péremption

Utiliser une ligne par lot et/ou date de péremption différente

Fait à

Le

Circuit destruction :

**Signatures** précédées des noms, prénoms et numéros RPPS:

Pharmacien titulaire

Pharmacien témoin

Nom :

Prénom :