KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

(Eczacılık İle İlgili Şube Müdürlüğü’ne)

201.. Yılı ……………………… ayında tarafımızca karşılanan kontrole tabi (kırmızı – yeşil – mor – turuncu ) reçeteler, bu reçetelere ait bildirim formları, ilgili sağlık raporları, İlaç Güvenlik İzlem Form ve fotokopileri ekte sunulmuştur.

 Gereğini arz ederim.

Eczane Adı – Adresi (Kaşesi) : Teslim Edenin Adı – Soyadı – İmzası :