........./………/2025

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

 ESKİŞEHİR

 Eskişehir ili ............................................................................................................................................. adresinde faaliyet gösteren ............................................. Eczanesi'nin sahip ve mesul müdürüyüm. Eczanemde bulunan miadı dolmuş ilaç listesi ektedir.

 İmhası için gereğini arz ederim.

 ECZACI AD SOYAD

Ek

İMHA EDİLECEK İLAÇ LİSTESİ

|  |  |
| --- | --- |
| ECZANE ADI |  |
| ECZACI ADI SOYADI |  |
| ECZANENIN GLNNUMARASI |  |

|  |
| --- |
|  İMHA EDİLECEK İLAÇLARIN  |
| ADI | SON KULLANMATARİHİ | IMHAGEREKÇESİ  | BİRİM FİYATI  |
| İLACIN ADI: (01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI: (01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI:(01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI: (01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI: (01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI:(01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI: (01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI:(01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI:(01)(21) |  |  |  |
| İLACIN ADI (01)(21) |  |  |  |

 ECZACI AD SOYAD 9.BÖLGE ESKİŞEHİR ECZACI ODASI ESKİŞEHİR SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ