........./………/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 GLN  NUMARASI |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İMHA EDİLECEK İLAÇLARIN | | | |
| ADI | SON KULLANMA  TARİHİ | IMHA  GEREKÇESİ | 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