ASCLEPIOS S. A.

 ul. Hubska 44

 50-502 Wrocław

OŚWIADCZENIE

o warunkach przechowywania zwracanego produktu leczniczego

Oświadczam, iż zwracany produkt

**…………………………………………………………………………………………………**

ilość opakowań **……..op**.

seria **…………………………………**

data ważności **………………………..**

zakupiony w dniu **……………………**

na fakturze nr **………………………..**

Przechowywany był zgodnie z wymogami zawartymi na opakowaniu produktu oraz charakterystyce produktu leczniczego w temperaturze 2-8 C od chwili dostarczenia produktu do aptek, czyli od dnia …………………… do dnia ………………………… .

Jednocześnie potwierdzam także dołączone dokumenty odnośnie pomiaru temperatur.

…………………………………………….

Podpis i pieczątka magistra lub kierownika