|  |
| --- |
| **İADE EDEN SERVİS ADI: İADE TARİHİ:** ……./……/20….. |
| **İADE EDİLEN İLAÇ-SERUM-MALZEME** | **İADE NEDENİ** |
| **ADI** | **MİKTARI** |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |
|  |  | Miadı Dolmuş | Miadın Bitimine 3 Ay Kalmış |

 **TESLİM EDEN HEKİM/HEMŞİRE TESLİM ALAN DEPO SORUMLUSU Ad Soyad-İmza Ad Soyad-İmza**

***NOT:*** *İlaç, serum ve malzemenin bitmesine 3 Ay kala teslim edilmesi gereklidir (İlaç,serum ve malzemenin zayi olmaması için).*

 **Teslim Alan**