

Angaben zur Apotheke:

Apotheken Name:	
Kundennummer (wenn bekannt)	
Adresse:	
Verantwortliche Person:	
Datum der Vernichtung:	

Angaben zu den vernichteten Packungen:

PZN	Chargennummer	Verfallsdatum	Menge

Bestätigung der ordnungsgemäßen Vernichtung:

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannten Arzneimittel gemäß den geltenden GDP- und FMD-Anforderungen ordnungsgemäß und vollständig vernichtet wurden. Die Ausbuchung nach FMD wurde durchgeführt und dokumentiert.

Datum & Ort:	
Unterschrift verantwortliche Person:	