**ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

**Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Şube Müdürlüğü**

**Aşağıda detaylı bilgileri sunulan eczanemizde mevcut uyuşturucu-psikotrop ilaçların son kullanım tarihi dolduğundan imha edilmeleri için gereğini arz ederim. ……./……../………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PSİKOTROP İLAÇ AD/CİNS/MG** | **SON KULLANIM TARİHİ** | **KUTU ADEDİ**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UYUŞTURUCU İLAÇ AD/CİNS/MG** | **SON KULLANIM TARİHİ** | **KUTU ADEDİ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sağlık Müdürlüğü Evrak Kayıt Eczane Kaşesi**

 **Eczacının İmzası**