Raport dotyczący zwrotu CORHYDRONU

Apteka
(pieczątka apteki)

Lp.	CORHYDRON	Dawka	Ilość opakowań	Dane pacjenta/ klienta	PESEL / numer dowodu os. lub innego dokumentu	Imię i nazwisko mgr farm./ tech.farm.	Podpis osoby przyjmującej lek

……
.data i podpis kierownika apteki