

*ATTENTION établir en double exemplaire : envoyer un exemplaire au pharmacien inspecteur régional et conserver l'autre pendant 10 ans
(à scanner en pdf si enregistrement informatique)*

**PV DE DESTRUCTION DES SUBSTANCES, PREPARATIONS OU MEDICAMENTS CLASSES COMME
STUPEFIANTS PERIMES OU RETOURS (barrer la mention inutile)**

Date d'information du Pharmacien Inspecteur Régional :

NOMS et prénoms du ou des pharmaciens titulaires :

NOM ET ADRESSE DE L'OFFICINE (Timbre de l'officine)

Cocher la case correspondante

Produit du stock	Produit retourné (Hors comptabilité stup)	Désignation du produit (nom et forme) et conditionnement	Quantité en unité ou en poids	Numéro de Lot	Date de péréemption

Utiliser une ligne par lot et/ou date de péréemption différente

Signatures précédées des noms, prénoms et numéro d'ordre:

Fait à,

le

circuit de destruction :.....

Pharmacien titulaire

Pharmacien témoin

Nom :

Prénom :

N° d'ordre :

Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de

Produit du stock	Produit retourné (Hors comptabilité stup)	Désignation du produit (nom et forme) et conditionnement	Quantité en unité ou en poids	Numéro de Lot	Date de péréemption

Utiliser une ligne par lot et/ou date de péréemption différente

Fait à, le

Circuit de destruction :

**Signatures précédées des noms, prénoms et numéro
d'ordre:**

Pharmacien titulaire

Pharmacien témoin

Nom :

Prénom :

N° d'ordre :