|  |  |
| --- | --- |
| **Naam apotheek:** |       |
| **APB nummer:** |       |
| **Naam patiënt:** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CNK** | **Naam product** | **Aantal pillen meegegeven met de patiënt** | **Resterend aantal pillen in de doos** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Ik, ondergetekende Apotheker-Titularis van de hierboven vermelde uitbestedende apotheek, verklaar op eer dat

* de doos (dozen) het farmaceutisch distributiekanaal niet heeft (hebben) verlaten en dus niet is (zijn) meegegeven met de patiënt noch van bij de patiënt komt (komen);
* de doos (dozen) conform de correcte bewaarvoorschriften is (zijn) bewaard gedurende de opslag in de apotheek.

Ik ga ermee akkoord dat indien zou blijken dat niet is voldaan aan deze vereisten, de kwaliteit en de veiligheid van de pillen niet is gegarandeerd en de pillen niet aan het tegoed van patiënt kunnen worden toegevoegd.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naam****Apotheker-Titularis:** |       | **Datum:** |       |
| **Handtekening:** | **Stempel****apotheek:** |