……………………………………………………. ……....……..……………….

(pieczęć podmiotu uprawnionego) (data, miejscowość)

**Oświadczenie o zniszczeniu/przeterminowaniu i utylizacji produktu szczepionkowego**

1. Wykaz produktów leczniczych wyrobów medycznych przekazanych do utylizacji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa produktu leczniczego – wyrobu medycznego | Ilość | Nr serii | Termin ważności | Wartość jednostkowa  [zł] | Wartość całkowita  [zł] | Nr dokumentu wydania (WZ) | Data wystawienia dokumentu wydania (WZ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Uzasadnienie: ..............................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………

(podpis kierownika lub osoby przez niego upoważnionej)

1. Potwierdzenie odbioru produktów leczniczych przeznaczonych do utylizacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kod odpadu | Data odbioru |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………

(podpis kierownika lub osoby przez niego upoważnionej)