

.....
(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)

2. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....
(podpis kierownika lub osoby przez niego upoważnionej)

3. Potwierdzenie odbioru produktów leczniczych przeznaczonych do utylizacji:

Lp.	Kod odpadu	Data odbioru

.....
(podpis kierownika lub osoby przez niego upoważnionej)

* Podpis przedstawiciela przedsiębiorcy odbierającego produkt leczniczy nie jest wymagany na potrzeby realizacji zadań nadzorowych sprawowanych przez tutejszy organ.