**Proces-verbal de predare primire medicamente expirate**

Subsemnatul(a)......................................................................domiciliat(ă) în.......................................................................................................................................................................................................................................................................predau spre eliminare conform cu cerințele legale către SC ANTIBIOTICE SA în cadrul proiectului de sustenabilitate **„Fii responsabil! Nu trata mediul cu medicamente!** următoarele medicamente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr crt | Denumire medicament | Lot | Expiră la data | Cantitate | Observații |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

Motivul predării medicamentelor: ......................

\**datele cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul demonstrării autorităților competente sursa medicamentelor*.

Am predat, Am primit,

Data: