|  |
| --- |
| Додаток 1  до листа від № |

**АКТ   
про наявність лікарських засобів, що не підлягають подальшому використанню   
№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер реєстраційного посвідчення лікарського засобу | Назва лікарського засобу | Форма випуску | Дозування | Найменування виробника | Країна виробника | Номер серії лікарського засобу | Наявна кількість | Причина |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Члени комісії: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б.) | | | |
|  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б.) | | | |
| Голова комісії: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б.) | | | |