

Vernichtungsprotokoll

Ihre Kunden-Nr.: _____

Absender: _____

Apotheken-/Firmenstempel

Bitte fügen Sie dem komplett ausgefüllten Vernichtungsprotokoll eine Rechnungskopie zum Nachweis des Direktbezuges bei. Bei Betäubungsmitteln ist zudem eine Kopie der Fallschachteln beizufügen. Für die Gutschrifterstellung muss die Lasche mit QR-Code und den arzneimittelspezifischen Daten lesbar sein.

Bitte senden Sie die Dokumente an:
Kfm. Kundenservice
Fax: 030 / 70 01 43 - 02 22
E-Mail: CustomerService.DE@zentiva.com

Produkt 1) Grund der Vernichtung: _____

Produkt-Bezeichnung:	
Pharmazentralnummer (PZN):	
Menge:	
Charge / Verfall-Datum:	
Referenz-Beleg (Rg.-Nr./LS-Nr. der urspr. Lieferung):	

Produkt 2) Grund der Vernichtung: _____

Produkt-Bezeichnung:	
Pharmazentralnummer (PZN):	
Menge:	
Charge / Verfall-Datum:	
Referenz-Beleg (Rg.-Nr./LS-Nr. der urspr. Lieferung):	

Vernichtung wurde durchgeführt

am: _____
(TT.MM.JJJJ)

von: _____
(Vor- und Nachname in Druckschrift)

Unterschrift

Nur notwendig bei Vernichtung von BTM-Produkten:

Zeuge 1: _____
(Vor- und Nachname in Druckschrift)

Unterschrift

Zeuge 2: _____
(Vor- und Nachname in Druckschrift)

Unterschrift