



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ECZANE DENETİMİ İLAÇ TESLİM TUTANAĞI

Eczacı Adı Soyadı		Eczanenin Adı	
Telefonu		Adresi	
Diploma Tarihi/No		Telefon	
Sorumlu Müdür Adı Soyadı		E-mail	
Telefonu		Ruhsat Tarihi ve No:	

Denetim tarihi ve saati:

TESLİM TUTANAĞI

Yukarıda adresi ve gerekli bilgileri belirtilmiş bulunan Eczanesi'nde yapmış olduğumuz denetim sonucunda;

Aşağıda adı, miktarı, son kullanma tarihi ve kutu bütünlük durumu belirtilmiş ilaçların "raflarda satışa hazır halde" bulunduğu saptanarak tarafımızca teslim alınmıştır.

SIRA NO	İLAÇ ADI	İLACIN DURUMU (KUTU BÜTÜNLÜĞÜ BOZULUP BOZULMADIĞI)	SON KULLANMA TARİHİ	MİKTARI	
				KUTU SAYISI	ADET SAYISI

***Formun eksiksiz doldurulması ve teslim alınan ilaçlara ilişkin İTS dökümlerinin eklenmesi gerekmektedir.**

İşbu tutanak tarafımızdan düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

Denetim Ekip Başkanı
Adı Soyadı/Ünvanı/ Kaşe/İmza

Denetçi
Adı Soyadı/Ünvanı/ İmza

Eczacı (Mesul Müdür)
Adı Soyadı/Kaşe/ İmza