T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ **YAPILAN ECZANE DENETİMLERİ BİLDİRİM FORMU**	DENETİMİ YAPAN İLÇE: YIL/AY:

SIRA NO	ECZANE ADI	RUTİN DENETİM	KONTROL DENETİMİ	ŞİKAYET DENETİMİ	NÖBETÇİ ECZANE DENETİMİ	NÖBET TARİHİ VE DENETİM SAATİ	AÇIKLAMA (UYGUN/UYGUN DEĞİL)

Formu düzenleyen: **Onaylayan:**

1-Bu form her ayın ilk haftası İl Sağlık Müdürlüğü Eczacılık Birimine gönderilecektir.
2-Açıklama kısmına denetimin yapılamama veya uygun olmama sebebi yazılacaktır.
3-Bu forma ek olarak denetim formları ve tespit edilen eksiklik sebebi ile uyarı verilen eczanelerin yönetmelik maddelerinin yazıldığı ve kontrol denetimi sonrasında eksikliğin giderildiğinin tespit edildiği denetim formları da gönderilecektir.
4-Denetimin yapıldığı ay içerisinde kontrol, şikayet ve nöbet denetimi olmayan eczaneler için gerekli sütunlar boş geçilecektir.