Az. Osp. – Univ. Pisana U.O. Farmaceutica – Politiche del Farmaco **Polo Farmaceutico Antiblastico** Tel. **3365** - Fax 3366	**MODULO DI REGISTRAZIONE** **RESTITUZIONE TERAPIA**	**T.05/P.A.26** Rev. 02 del 17/12/2019 Pag. 1 di 1

Reparto _____ Tel. _____ Fax _____
(stampatello)

Codice centro di costo: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Degenza Ordinaria /_/
Day Hospital /_/
Ambulatorio /_/

Cognome e Nome del paziente	Data di allestimento	Principio attivo

DICHIARAZIONE DI IDONEA CONSERVAZIONE

La/il sottoscritta/o dichiara che le terapie allestite sono state conservate a temperatura idonea e al riparo dalla luce e non hanno subito alcuna manipolazione.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____