

DÉCLARATION DES ÉCHANTILLONS PHARMACEUTIQUES REMIS POUR LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE

	NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE	TENEUR	QUANTITÉ REMISE	NUMÉRO DE LOT	DATE DE PÉREPTION
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

	NOM DU REPRÉSENTANT PHARMACEUTIQUE	COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE	DATE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				