

Le mercredi avant 11 h pour recevoir le même jour

INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____	Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____
SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE	SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE

Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____	Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____
SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE	SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE

Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____	Médicament : _____ Dose : _____ Forme : _____
SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE	SVP - NE RIEN INSCRIRE ICI ESPACE RÉSERVÉ À LA PHARMACIE

CONCORDANCE TOTALE ENTRE LE BON DE COMMANDE ET LE COLIS DE LIVRAISON

ATSP : _____ Témoin 1 : _____ Témoin 2 : _____

CONCORDANCE TOTALE ENTRE LA COMMANDE ET L'INSCRIPTION AU REGISTRE DES NARCOTIQUES

Témoin 1 : _____ Témoin 2 : _____

Retour : Ce bon de commande a été télécopié au département de pharmacie par : _____