

**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 : \_\_\_\_\_