

Spett.le
A.S.S.N. 1 - Triestina
U.O Assistenza Farmaceutica
Via Giovanni Sai, 1 - 3
34127 TRIESTE

Oggetto: segnalazione stupefacenti scaduti

ESERCIZIO FARMACEUTICO _____

Il sottoscritto dott. _____, Titolare/Direttore responsabile, comunica che sono scadute le seguenti specialità e/o sostanze ad azione stupefacente regolarmente registrate presso il suddetto esercizio farmaceutico.

Specialità	Sostanza	Forma farm.	Quantità

Data _____

(firma titolare e timbro farmacia)