Déclaration de renvoi de médicaments vers le grossiste-répartiteur

…… (Nom du grossiste)

Je, soussigné, …….. (Nom et prénom), pharmacien-titulaire exerçant au sein de la pharmacie

……
……
……. (nom et adresse de la pharmacie + n° de matricule)

Déclare et garantit ce qui suit :

- les médicaments que je retourne, ont toujours été conservés dans des conditions optimales, conformément aux normes applicables dans la pratique officinale. A cette fin, la température de conservation est enregistrée à intervalles réguliers. Les médicaments que je retourne ont été achetés à l'origine auprès du même grossiste-répartiteur, avec comme preuve la note d'envoi ou une copie de celle-ci.

Cette déclaration vaut pour une période de 1 an calendrier et permet, dans des cas spécifiques, la prolongation jusque maximum 6 mois du délai de base de 10 jours calendrier.

Date

Nom

Signature