

No Dossier :

No APB :   .   .

Cachet de l'officine :

Traitement du mois de :   -     1<sup>re</sup> p / 2<sup>ème</sup> p / entier

Remise à votre office de tarification des documents comptables **Oui / Non**  
 Mois:..... / .....Trim.

N° de la première ordonnance du paquet :

N° de la dernière ordonnance du paquet :

Nbre d'ordonnances :      Poids :   ,

Montant facturé à l'officine pour le mois en cours :    .    ,

Jours ou période de fermeture lors du mois traité :

N° ordonnances à <b>ENCODER</b> à l'office :	N° ordonnances à <b>SUPPRIMER</b> du fichier informatique :	N° ordonnances à <b>VERIFIER</b> à l'office :	N° dont les <b>ATTESTATIONS</b> sont à vérifier ou à encoder

**PS** : Si vous avez un grand nombre de numéros à encoder, à vérifier ou à supprimer :  
 Voir le verso du présent formulaire.

**Vos remarques ou vos demandes**.....  
 .....  
 .....

Signature du pharmacien :

VOIR AU VERSO →

<b><u>RAPPEL</u></b>			
<b>Soyez aimable de respecter les dates des tournées de la récolte des ordonnances et de déposer celles-ci dans le box en carton.</b>			
<b>Merci de vérifier si la date d'exécution et le N° APB sont présents sur l'ordonnance.</b>			
<b>N° à <u>ENCODER</u></b>	<b>N° à <u>SUPPRIMER</u></b>	<b>N° à <u>VERIFIER</u></b>	<b>N° dont les <u>ATTESTATIONS</u> sont à vérifier ou à encoder</b>

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_