Formulaire à compléter par le pharmacien **F02**

No Dossier : ☐☐☐

No APB : ☐☐.☐☐.☐☐

Cachet de l'officine :

Traitement du mois de : ☐☐-☐☐☐☐ **1re p / 2ème 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 ENCODER à l'office :	**N° ordonnances à SUPPRIMER du fichier informatique :**	**N° ordonnances à VERIFIER à l'office :**	**N° dont les ATTESTATIONS 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 :

Formulaire à compléter par le pharmacien **F02**

VOIR AU VERSO →

RAPPEL

Soyez aimable de respecter les dates des tournées de la récolte des ordonnances et de déposer celles-ci dans le box en carton.

Merci de vérifier si la date d'exécution et le N° APB sont présents sur l'ordonnance.

N° à **ENCODER**	N° à **SUPPRIMER**	N° à **VERIFIER**	N° dont les **ATTESTATIONS** sont à vérifier ou à encoder

Commentaires :_____