

CEF FILIALE CREMONA <i>Assicurazione Qualità</i>	Documento di Registrazione MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RESO <u>FAX 0372.46.34.87</u>	N. progressivo
		Pag. 1 di 1
		<i>Data</i>

CODICE MIN.	DESCRIZIONE PRODOTTO	DATA BOLLA O FATTURA DI ACQUISTO	NUMERO BOLLA O FATTURA DI ACQUISTO	LOTTO	SCAD.	N° Conf	

CONTROLLO
UFFICIO RESI _____

NORME DI BUONA DISTRIBUZIONE (G.U. 190 del 14/08/1999
E' NOTO E DICHIARATO DA CHI LA RESTITUISCE CHE LA
MERCE E' STATA CONSERVATA E MANIPOLATA IN
CONDIZIONI APPROPRIATE.

DATA

FIRMA E TIMBRO
DELLA FARMACIA