



(Név).....

Dátum:

(Cég).....

Ikt. sz.:.....

(Tel/Fax).....

Tárgy: befogadó nyilatkozat

BEOFAGADÓ NYILATKOZAT

Alulírott, Dr. Botz Lajos, a PTE Klinikai Központi Gyógyszertár (7624. Pécs, Honvéd u. 3.) intézetvezető főgyógyszerésze nyilatkozom, hogy intézményünk számára a
..... részéről felajánlott

.....doboz (gyártási szám:....., lejárát:.....)

.....doboz (gyártási szám:....., lejárát:.....)

.....doboz (gyártási szám:....., lejárát:.....)

.....doboz (gyártási szám:....., lejárát:.....)

készítményt a PTE KK részére adományként a PTE Klinikai Központ befogadja, a 41/2007 (IX. 19) EüM. rendelet 34. § (1) és (2) bekezdésében, valamint a 3/2003 (II. 25) EüM. rendeletben [különösen a 9. § (1)] foglaltak teljesülésének figyelembevételével.

P.H.

Dr. Botz Lajos
főgyógyszerész