|  |  |
| --- | --- |
| indir |  **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ** |
|  **KODU** | **İY.FR.09**  | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **01.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** |  **02** |

 TARİH:

 **İadeyi Yapan Birim Adı:**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Protokol No:**

**İade nedeni: TABURCU MİAD YAKLAŞIMI EX ORDER DEĞİŞİKLİĞİ**

**DİĞER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIRA NO | İLAÇ VEYA SARF MALZEME ADI | MİKTAR | SON KULLANMA TARİHİ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 İADEYİ YAPAN İADEYİ TESLİM ALAN

ADI-SOYADI : ADI-SOYADI:

SERVİSİ /BİRİMİ : SERVİSİ/BİRİMİ:

İMZASI: İMZASI:

\* İade formunun bir nüshası iadeyi yapan birimde, bir nüshası eczane/tıbbi sarf depoda kalacaktır