|  |
| --- |
| **Liste des produits objets de la demande d’autorisation de transport des psychotropes** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date |  | …. /….. / …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement |  |  |
| Adresse |  |  |
| N° mobile du Pharmacien DT |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DCI | Forme, dosage et conditionnement | Nom commercial | Fournisseur (importateur/fabricant) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Cachet et signature du pharmacien directeur technique de distribution

(sur toutes les pages)

×