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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |

Cachet et signature du pharmacien directeur technique de distribution

(sur toutes les pages)

×