

KONTROLA DATY WAŻNOŚCI LEKÓW/WYROBÓW MEDYCZNYCH

Data	Wynik kontroli	Podpis osoby kontrolującej
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	
	1.Leki z aktualną datą ważności: TAK NIE 2.Leki przekazane do utylizacji..... 3.Wyroby medyczne z aktualną datą ważności: TAK NIE 4.Wyroby medyczne przekazane do utylizacji.....	