

ALLEGATO C

DATA _____

CONSEGNA FARMACI STUPEFACENTI/FIALE DI POTASSIO				
REPARTO DESTINATARIO	N° BOLLE	TOT. COLLI	FIRMA COGNOME E NOME IN CHIARO	ORA RICEZIONE

Il Farmacista che consegna

Dott.

L'autista che ritira

Sig.
