ALBARÁN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Identificación del profesional sanitario que solicita medicamentos	
Nombre y apellidos	**DNI**
Titulación profesional	**Nº Colegiado**

Identificación del Centro Sanitario en el que ejerce el profesional	
Nombre del Centro	
Tipo de Centro	**Nº Autorización sanitaria**
Dirección	**Teléfonos**
Localidad	**C.P.**

Identificación de la farmacia que entrega medicamentos		
Titular/es		**DNI**
Nº de farmacia	**Correo electrónico**	
Dirección de la oficina de farmacia		
Localidad	**C.P.**	**Teléfonos**

En la fecha indicada, se hace entrega de los siguientes medicamentos listados:

C.N.	Medicamento	Lotes / Caducidad	Cantidad	Condiciones conservación

FARMACIA O.F.	ALBARÁN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	M-VDPS.04 Página 1 de 1 Rev.: 0

C.N.	Medicamento	Lotes / Caducidad	Cantidad	Condiciones conservación

En…….. a ….. de …….. de ……

SELLO FARMACIA
(NOMBRE Y TELÉFONO)

Firma del Farmacéutico responsable

Nota: El farmacéutico se compromete a comunicar futuras retiradas del mercado que afecten a los lotes de los medicamentos suministrados en este albarán.