

**PROTOKÓŁ NR.....Rejestracja w Aptece Szpitalnej.....**  
**PRZEKAZANIA PRZEZ LEKARZA BEZPŁATNEGO PRODUKTU**  
**LECZNICZEGO LUB WYROBU MEDYCZNEGO**  
**DO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W ZABRZU SP. Z O.O**  
*(do zarejestrowania w aptece szpitalnej)*

LP	NAZWA ZWYCZAJOWA	NAZWA HANDLOWA	Seria	Data ważności	Ilość przekazanych J.M	Pieczętka i podpis lekarza przyjmującego próbkę
1						
2						
3						

Uzasadnienie przyjęcia próbek:

Cena katalogowa netto	VAT w %	Cena katalogowa brutto

**Oddział:.....**

.....  
*Pieczętka i podpis kierownika apteki szpitalnej*

*FIRMA:*

.....  
*Pieczętka i podpis Prezesa Zarządu lub osoby upoważnionej*

*\*Powyższa próbka nie stanowi prawnie skutecznego zobowiązania ani zachęty Obdarowanego do nabywania produktów Darczyńcy tożsamych z przedmiotem darowizny, ani żadnych innych pochodzących od Darczyńcy lub podmiotów od niego zależnych i z nim powiązanych*