

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*