

*Directorului general
al Agenției Medicamentului
și Dispozitivelor Medicale
Dlui _____*

CERERE

Prin prezenta, întreprinderea / instituția/ depozitul farmaceutic/ farmacia/ IMSP, etc. solicită distrugerea inofensivă a următoarelor preparate cu termenul de valabilitate expirat (sau altă cauză a inutilității):

Nr. d/o	Denumirea medicamentului, doza, divizarea	Forma medicamentoașă	Ambalaj primar	Seria	Numărul de ambalaje secundare	Numărul de ambalaje primare supus nimicirii	Cauza inutilității	Termen de valabilitate

Nume, Prenume
Director

Semnătura