**WZÓR**

**DOKUMENTACJA OBROTU DETALICZNEGO PRODUKTAMI LECZNICZYMI WETERYNARYJNYMI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć zakładu leczniczego dla zwierząt | | | Nazwa produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | Nr karty/rok |
| Nazwa podmiotu odpowiedzialnego | | | | | | |
| Postać farmaceutyczna produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | |
| Rodzaj opakowania produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | |
| Okres karencji produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | |
| Kategoria stosowania produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | |
| Kategoria dostępności produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | |
| Czy wystawiono receptę | | | | | | |
| Miejsce realizacji recepty | | | | | | |
| Przyjęcie produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | | Zużycie produktu leczniczego weterynaryjnego | | |
| lp. | data zakupu | nazwa i adres dostawcy | liczba opakowań bezpośrednich | zawartość opakowania bezpośredniego - ilość | nr serii | okres ważności | data zużycia | ilość | numer pozycji w dokumentacji lekarsko-weterynaryjnej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przyjęcie produktu leczniczego weterynaryjnego | | | | | | | Zużycie produktu leczniczego weterynaryjnego | | |
| lp. | data zakupu | nazwa i adres dostawcy | liczba opakowań bezpośrednich | zawartość opakowania bezpośredniego - ilość | nr serii | okres ważności | data zużycia | ilość | numer pozycji w dokumentacji lekarsko-weterynaryjnej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |