**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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |