	TOPRAKLIKAĞIZVEDIŞSAĞLIĞIMERKEZI **İLAÇ VE TIBBİ SARF MALZEME İADE FORMU**			
Dok. Kod: SİY.FR..002	Yayın Tarih:27.12.2017	Revizyon No:00	Revizyon Tarihi:	Sayfa No:1 / 1

İadeyi Yapan Birim Adı:

Tarih: ...../...../.....

☐ İade Nedeni: Miad Yaklaşımı

☐ Diğer

SIRA NO	İLAÇ VEYA SARF MALZEME ADI	MİKTAR	SON KULLANMA TARİHİ

İadeyi Yapan

Adı Soyadı:

Servisi / Birimi:

İadeyi Teslim Alan

Adı Soyadı:

Servisi / Birimi:

* İade formunun bir nüshası iadeyi yapan birimde, bir nüshası eczane/tıbbi sarf depoda kalacaktır.