

Impfstoffliste

- Warenvernichtung
 Reklamation an Hersteller (pharmazeutisch-technischer Defekt)

Praxis Kunden-Nr: _____ Praxis _____

PLZ/Ort _____

vom Kunden auszufüllen:

von BA auszufüllen:

Impfstoffbezeichnung	Charge	Verfall	Original Packungsgröße	Anzahl Impfdosen	Bemerkung

Wünschen Sie einen Warenvernichtungsnachweis für Ihre o.g. Impfstoffe? O Ja O Nein

Tragen Sie bitte alle Angaben zu den Impfstoffen vollständig ein.

Bitte beachten Sie, dass unverpackte - dem Blister bereits entnommene Impfstoffe – aus Gründen der Arbeitssicherheit nicht kontrolliert werden und somit auch nicht in einem Warenvernichtungsnachweis aufgeführt werden.

Beachten Sie bitte, dass wir keine kontaminierten Spritzen, Kanülen bzw. Glasbruch zurücknehmen.

 Datum, Unterschrift



Praxisstempel

Bitte legen Sie die Liste der Rücklieferung bei!