

Ne pas remplir svp

<u>sa Guerbet nv</u> av. des Communautés 110 1200 Bruxelles	
Date :	Pour accord Signature :

Frais de transport à charge de l'acheteur : dérogation

Médicament ou dispositif médical sa Guerbet nv

Demande de reprise

***Un formulaire de demande par produit et par numéro de lot svp
Document à envoyer par e-mail à : orders.be@guerbet-group.com***

Identification du demandeur

Identification du produit

Médicament

Dispositif médical

Nom :

Lot :

Date de péremption :

Nombre d'unités :

Date du retour

Date du retour vers sa Guerbet nv :

Date du retour éloignée de moins de 1 mois de celle de sa livraison
par sa Guerbet nv : oui non

Conditions de conservation chez le client **

Le pharmacien déclare que le médicament retourné a été conservé selon
les conditions précisées dans la notice

Date

Nom du Pharmacien

Signature

NB ** : sans signature, le médicament ne pourra être repris.