|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İADE EDİLEN KLİNİK ADI: | | İADE TARİHİ: |
| İADE EDİLEN İLAÇ/SERUM/MALZEME | | İADE NEDENİ |
| ADI | MİKTARI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |
|  | MİADI DOLMUŞ | MİAD BİTİMİNE 3 AY KALMIŞ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **AHMET KELEŞOĞLU DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  **MİADI DOLMAKTA OLAN İLAÇ/SERUM/MALZEME İADE FORMU** | Doküman No | FR-373 |
| İlk Yayın Tarihi | 20.09.2021 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1 / 1 |

TESLİM EDEN HEKİM/HEMŞİRE TESLİM ALAN DEPO SORUMLUSU

AD SOYAD-İMZA AD SOYAD-İMZA

***NOT:*** *İlaç, serum ve malzemenin bitmesine 3 Ay kala teslim edilmesi gereklidir (İlaç,serum ve malzemenin zayi olmaması için).*

**Teslim Alan**