	BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜDRLÜĞÜ			
	İLAÇ/SARF İADE FORMU			
KOD: İY.FR.004	YAY. TARIHI: 01.06.2011	REV. TARIHI: 07.03.2022	REV NO:	SAYFA : 1/1

İADEYİ YAPAN BİRİMİN ADI:			TARİH:…/…/…..	
İADE NEDENİ				
TABURCU:	MİAD YAKLAŞIMI:	ORDER DEĞİŞİKLİĞİ:	EX:	DİĞER:
SIRA NO	İLAÇ VEYA SARF MALZEMENİN ADI		MİKTAR	SON KULLANMA TARİHİ

İADEYİ YAPAN	İADEYİ TESLİM ALAN
ADI SOYADI: BİRİM: İMZA:	ADI SOYADI: BİRİM: İMZA:

*İade yapılırken hasta bilgileri mutlaka doldurulmalıdır. İade formunun bir nüshası iadeyi yapan birimde, bir nüshası eczane/tıbbi sarf depoda kalacaktır.