Stampa modulo

MITTENTE

_____

DOC. DI TRASPORTO/D.P.R.472/91)

D.d.T n°_____ **DEL** ____ ____ _____

MOTIVAZIONE DEL RESO(OBBLIGATORIO)

(1) Errata fatturazione
(2) Confezione Danneggiata
(3) Non ritirato dal Cliente
(4) da specificare_____

Federfar.Na s.r.l.

Sede operativa: via Sossio Russo, 54
80027 Frattamaggiore (NA)
P.IVA 06074611218
FAX: 081/8801563 **Tel 081/8806326**

Q.TA'	DESCRIZIONE PRODOTTI	MOTIVO RESO	DATA SCAD.	LOTTO	N. / DDT/data	N. RICETTA
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-
					_____	-

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' AI SENSI DEL D.L. IVO 06/07/09 ART. 5.1/5.2/5.3

Il/La Sottoscritto/a in qualità di titolare o responsabile della farmacia mittente

DICHIARA

Per i prodotti restituiticon il presente D.d.T. sono state rispettare le norme di buona conservazionee gli stessi sono stati manegiati in maniera compatibile alle norme vigenti

firma del responsabile _____

n. Colli	Aspetto esteriore dei beni	Ora e data ritiro	firma vettore	firma ricevuta
_____	_____	_____ _____		