SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ORDU

Eczanemiz tarafından karşılanan ................................ ayına ait TNF-alfa bloker ilaçları için “ilaç güvenlik izlem formu” ekte sunulmuştur.

Gereğinin yapılmasını arzederim.

Eczane Adı ve Adresi:................... ..../..../.......

...................................................... Eczacı Adı-Soyadı

...................................................... (İmza-Kaşe)

Bildirim Dönemi:.........................

Reçete Adedi:...............................