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:...............................