Príloha č. 2

Hlásenie o prevzatí nespotrebovaných liekov od poistencov VšZP

Preberajúci PZS:
IČO PZS:
Názov PZS:

RASTOVÉ HORMÓNY:	
Kód lieku	**Názov lieku**
47687	Zomacton 10 mg
89093	ZOMACTON 4 mg

Kód lieku	Názov lieku	Meno a priezvisko poistenca VšZP	Rok narodenia	Počet balení	Dátum prevzatia lieku

Za PZS:

Uviesť meno, funkcia:

Podpis:

Dátum: .....

V .....