

Приложение 3
к Порядку отпуска лекарственных
препаратов, медицинских изделий
и специализированных продуктов
лечебного питания для детей-инвалидов
бесплатно
(пункт 8)

ФОРМА

Журнал учета аннулированных рецептов

№ п/п	Дата	ФИО гражданина Российской Федерации	Реквизи ты рецепта	Наименование лекарственного средства, форма выпуска, дозировка, количество	Адрес, контактный телефон гражданина Российской Федерации	Дата приема рецепта	Дата аннулирования рецепта	Реквизиты рецепта, принятого взамен аннулированного	Подпись лица, ответствен ного за отпуск
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10