إقرار استلام الأدوية الشهرية

أقر بأنني استلمت الأدوية الشهرية تكفي للفترة من ..... إلى ..... من **الصيدلية بمركز/ مجمع / مستشفى** ..... وذلك **كاستثناء لظروف السفر الخاصة**.

كما أتعهد بالالتزام باستخدام الأدوية حسب التعليمات الطبية، والمحافظة عليها، وعدم إساءة استخدامها، وتحمل كامل المسؤولية في حال فقدانها أو سوء استخدامها أو **طلب صرفها مرة أخرى قبل انتهاء الفترة المحددة**.

(علمًا بأن الأدوية المقيدة لاتشمل هذا الإقرار).

مدة السفر: من:..... إلى:.....

***مرفق لكم الاشتراطات**

وهذا إقرار مني بذلك :

الاســـــــــــم: ..... **الرقم المدني:** .....

رقـــم الـــهـــاتـــف: ..... **الـــتـــوقـــيـــع:** .....

المستلم(درجة أولى): ..... **الرقم المدني:** .....

رقـــم الـــهـــاتـــف: ..... **الـــتـــوقـــيـــع:** .....

ملصق المريض	تاريخ الصرف

لاستعمال قسم الصيدلة والمستودعات الطبية:

تم تسليم جميع الأدوية وتوضيح كامل التفاصيل :

اسم الصيدلي: ..... الـتـاريـــخ: .....

الـتـوقـيـــع: ..... الملاحظات: .....

الشروط والاحكام:

*إثبات سفر - (تذكرة سفر)

*إرفاق نسخة من البطاقة الشخصية للمستلم

*الصرف فقط لمدة شهرين أو بحسب المخزون المتوفر

ختم المؤسسة الصحية