Allegato 3
Esempio di Documento di Trasporto

DOCUMENTO DI TRASPORTO

MITTENTE

DATA
_____/_____/_____

DESTINATARIO

CAUSALE DEL TRASPORTO (BARRARE LA CASELLA)

□ **RESO DISPOSITIVO MEDICO**

□ **RESO FARMACO**

DESCRIZIONE, CODICE ESTAR, REF. DM O AIC. FARMACO	LOTTO	Quantità	Unità di misura

FIRMA MITTENTE **FIRMA CORRIERE**

DATA RITIRO

_____/_____/_____