

Enregistrement de plaintes

Données d'identification de la pharmacie:

(ou cachet)

.....
.....
.....

Nr. APB:

Données d'identification de la personne qui introduit la plainte:

.....
.....
.....

Date:

Description de la plainte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Controle(s) effectué(s):

.....
.....

Mesures prises:

.....
.....

Informations à la personne qui a introduit la plainte: **date:**

.....
.....

Retrait du produit?

Oui Non NA

Le CBPH a été informé le:

..... (date) NA