

Farmacia P.O. _____

RESTITUZIONE CAMPIONI

Studio _____

Farmaco in studio _____

U.O. / Servizio _____

Sperimentatore _____

Allegare documento di restituzione allo sponsor

DATA	CAMPIONE ¹	QUANTITA' ²	MOTIVO(*)	DATA RESTITUZIONE ALLO SPONSOR ³

(*) Possibili motivazioni della restituzione:

1. Farmaco integro non utilizzato
2. Rimanenza dopo trattamento
3. Confezioni vuote
4. Farmaco alterato
5. Farmaco scaduto
6. Termine studio

*Timbro e firma dello sperimentatore**Timbro e firma del
Farmacista Responsabile*¹ Indicare la sigla e/o il codice del campione² Indicare il numero di unità posologiche e/o confezioni³ A cura del Farmacista Responsabile, anche in caso di gestione dei campioni da parte dello sperimentatore (ossia anche se è stata scelta la modalità di consegna dei campioni in unica soluzione)