ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21 березня 2012 року № 182
(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України
від _____ року № _____)

_____ Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить надавач медичних послуг _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) надавача медичних послуг, де заповнюється форма Зазначається ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків – фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 510/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21 березня 2012 року № 182 (у редакції наказу МОЗ України від _____20___ №___)

Книга
складського обліку лікарських засобів, молочних сумішей надавачів медичних послуг, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ

_____
(повне найменування надавача медичних послуг)

Відповідальна особа _____
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Розпочато «___» _____ 20__ року

Закінчено «___» _____ 20__ року

Зміст

№ з/п	Назва лікарського засобу, молочної суміші (повна торгова назва, форма випуску)	Сторінка
1	2	3

№ з/п	Назва лікарського засобу, молочної суміші (повна торгова назва, форма випуску)	Сторінка
1	2	3

Інформація до таблиці 1000

1. Назва лікарського засобу, молочної суміші _____
(повна торгова назва, форма випуску)

2. Міжнародна непатентована назва _____

3. Серія _____ 4. Термін придатності _____ 5. Одиниця виміру _____
(таблетки, упаковки, флакони тощо)

6. Виробник _____

7. Реєстраційне посвідчення _____, дійсне до _____
(номер, дата)

8. Сертифікат якості _____
(номер, дата)

9. Ціна за одиницю виміру _____

Таблиця 1000

Документ про розподіл (видавець, номер, дата)	Надійшло			Видано				Залишок
	дата	постачальник, номер, дата документа, яким підтверджується видача лікарського засобу, молочної суміші	кількість	дата	кількість	кому видано		
						Найменування надавача медичних послуг або структурного підрозділу надавача медичних послуг	назва, номер, дата документа, яким підтверджується видача лікарського засобу, молочної суміші	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Обіг за _____ місяць _____ (підпис головного бухгалтера)			x		x			x

Директор Департаменту громадського здоров'я **Тетяна СКАПА**