

Modello 4

AZIENDA UNITA' SANITARIA LECCE

DISTRETTO S. S. n° _____ DI _____

U.O. di Igiene - Dott. _____

Richiedente

Medico di base/Pediatra di libera scelta - Dott. _____

Oggetto: **Registrazione richiesta e consegna n. dosi di vaccino antinfluenzale 2008/09**

- quantità di vaccino richiesto suddiviso per nome commerciale;
- quantità di vaccino consegnata;
- quantità di vaccino consumato/utilizzato per la campagna di vaccinazione 2008 – 09 *;
- quantità di vaccino anti-influenzale rimasta inutilizzata *

Nome commerciale	Quantità richiesta	Quantità consegnata	Visto per avvenuta consegna Medico richiedente	*Quantità consumata	*Quantità inutilizzata
Totale					

Il Responsabile del Servizio Farmaceutico

.....

* inserire dopo la campagna di vaccinazione

