



Formulario específico N° FE 07-12

RECIBO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Hoja 1 de 1

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio www.medarte.com.ar

FECHA DE ENTREGA

FECHA DE SINIESTRO

NOMBRE Y APELLIDO

CANT.	MEDICAMENTO
	ZIDOVUDINA 100 mg
	LAMIVUDINA 150 mg
	ZIDOVUDINA 300 / LAMIVUDINA 150 (COMPLEX)
	EFAVIRENZ 600 mg
	INDINAVIR 400 mg
	GAMMA ANTI HEPATITIS B 5 ml
	TOXOIDE TETANICO
	GAMMA ANTITETANICA
	VACUNA ANTI HEPATITIS B

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

RECIBÍ CONFORME

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI / CI:

Preparado por:

Roxana Rego

Director Operativo

Aprobado por:

Luis Verruno

Gerencia General

Revisión: N° 2

Fecha: 01/05/2010