

ALBARÁN DE ENTREGA DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO

ENVIO A: Hospital Sont Llatzer

| DIRECCIÓN: | Se Carretera d | t: Joaquín Serrano rvicio de Farmacia Planta baja le Manacor, Km 4 (Son 7198 Palma de Mallor | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|
| FECHA DE ENV | /IO: 16 de Octubre 2 | 2018 REMITE | ENTE: María de las | o Olas Herrero |
| FIRMA: | | | | |
| | ROTOCOLO: 20158 R PRINCIPAL: Draga | | RVICIO: Medicina | Interna |
| NOMBRE O CODIGO DEL PRODUCTO | LOTE/MX/MR | CADUCIDAD | CONDICIONES ALMACENAJE | UNIDADES |
| Truvada | Lote 5926009D | 31/07/2021 | | 3 botes |
| Truvada | Lote 5906107D | 31/05/2021 | | 2 Botes |
| | _ | | | |
| | onfirme la recepció medicación en bue | Número n del suministro | | 1 |
| ¿Ha llegado la i En caso negativ brevedad posib En caso afirma | medicación en bue SI vo, por favor conta ble, y envíe el ejem tivo, agradecería n do: (GlaxoSmithKl | Número n del suministro nas condicione N ecte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem | de Tratamiento: o arriba indicado. os? o los los los los los los los los los lo | la mayor ocumento |
| En caso negative brevedad posible En caso afirmate firmado y fecha 28760 Tres Can | medicación en bue SI vo, por favor conta ble, y envíe el ejem tivo, agradecería n do: (GlaxoSmithKl | Número n del suministro enas condicione N acte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem line, S.A. Dpto. | de Tratamiento: o arriba indicado. os? o control de estudio a la y fechado. oplar (1) de este do Médico C/ Severo | a mayor ocumento o Ochoa, 2 |
| ¿Ha llegado la i En caso negativ brevedad posib En caso afirmat firmado y fecha 28760 Tres Can | medicación en bue SI vo, por favor conta ele, y envíe el ejemento, agradecería ne elo: (GlaxoSmithKl etos Madrid) | Número n del suministro nas condicione N ncte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem line, S.A. Dpto. | de Tratamiento: o arriba indicado. os? o | a mayor ocumento o Ochoa, 2 |
| ¿Ha llegado la i En caso negativ brevedad posib En caso afirma firmado y fecha 28760 Tres Can FIRMA: | medicación en bue SI vo, por favor conta ble, y envíe el ejem tivo, agradecería n do: (GlaxoSmithKl tos Madrid) | Número n del suministro nas condicione N ncte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem line, S.A. Dpto. | de Tratamiento: o arriba indicado. os? o control de estudio a la y fechado. oplar (1) de este do Médico C/ Severo | a mayor ocumento o Ochoa, 2 |
| En caso negative brevedad posible En caso afirmate firmado y fecha 28760 Tres Can FIRMA: Dr./Sr./a Cargo/Puesto: | medicación en bue SI vo, por favor conta ole, y envíe el ejem tivo, agradecería n ido: (GlaxoSmithKl itos Madrid) | Número n del suministro enas condicione N ecte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem line, S.A. Dpto. | de Tratamiento: o arriba indicado. os? O | la mayor ocumento o Ochoa, 2 |
| ¿Ha llegado la i En caso negativo brevedad posibo En caso afirmate firmado y fecha 28760 Tres Can FIRMA: Dr./Sr./a Cargo/Puesto: FIRMA: de ALCUR | medicación en bue SI vo, por favor conta ble, y envíe el ejem tivo, agradecería n do: (GlaxoSmithKl tos Madrid) | Número n del suministro nas condicione N ncte con el Moni plar (1) firmado os enviara ejem line, S.A. Dpto. | de Tratamiento: o arriba indicado. os? o | la mayor ocumento o Ochoa, 2 |