

BON DE DESTRUCTION

Centre de Vaccination :

Nom du Centre :

Adresse :

Personne en charge de la mise en destruction :

Nom/prénom :

Fonction :

Tél. :

N°	Désignation complète du produit	N° de lot	Date de péremption	Quantité (nombre d'unités)	Motif de destruction
1					

Je soussigné(e),, atteste par la présente, que les produits renseignés dans le tableau ci-dessus, ont été placés dans des poubelles DASRI pour une mise en destruction effective ultérieure.

Date et VISA :