

LIEFERSCHEIN

Prüf-Nr.:		Datum:	
Leiter der klinischen Prüfung:			
Apotheker:			
Prüfzentrum:			
Lieferadresse:			

Bezeichnung der Prüfsubstanz:			
Chargen-Bezeichnung:		Verfallsdatum:	
Gehalt:		Stärke:	
Zahl der Einheiten:		Einheiten/Packung:	
Zahl der Packungen:			

Versandhinweise:	
Lagerungshinweise:	

Sie erhielten heute die Prüfmuster für oben genannte klinische Studie. Wir bitten Sie den Empfang der Sendung durch Datum und Unterschrift zu quittieren. Bitte beachten Sie die Lagerungshinweise.

Datum

Unterschrift Monitor

Lieferung erhalten.

Datum

Unterschrift Leiter der klinischen Prüfung