

## CERTIFICAT DE BONNE CONSERVATION

A adresser au Service Clients Roche  
Par mail : france.service-clients@roche.com  
Pour toute question veuillez nous contacter au 01 47 61 61 61



Numéro de livraison : 151.....

N° de Dossier SF :

### COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT

Raison Sociale

Nom

Adresse de livraison

Code postal / Ville

Je soussigné(e) .....Pharmacien, atteste de la bonne conservation du (des) produit(s) ci-dessous dans les conditions température +15°/+25° C ,depuis la réception à la remise du (des) colis au transporteur et qu'il(s) n'a (n'ont) jamais quitté mon Officine\* / mon Établissement Pharmaceutique\*.

(\*rayer la mention inutile)

| Nom du(des) produit(s) et dosage | Quantité(s) | Lot(s) | Date(s) de péremption |
|----------------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|                                  |             |        |                       |
|                                  |             |        |                       |
|                                  |             |        |                       |

Fait à ..... le .....

Nom et Signature du Pharmacien\*

Numéro RPPS :

Tampon\*

\*Mentions obligatoires