

Bitte vollständig ausfüllen und an **gutschriften@neuraxpharm.de** senden.

VERNICHTUNGSPROTOKOLL

Apothekenstempel:

Lieferschein-Nr.

Rechnungs-Nr.

**Bitte
vollständig und gut lesbar ausfüllen!***

*Grund der Vernichtung	Menge	PZN	Bezeichnung	Charge	Verfall-Datum

* Vernichtungsgrund: **01** Verfall / **02** Bruch

Hiermit bestätigen wir, dass die Ware ordnungsgemäß vernichtet wurde.

Bei serialisierungspflichtigen Produkten: Bestätigung, dass die Seriennummer des Produktes deaktiviert wurde.

Ort, Datum

Unterschrift

neuraxpharm Arzneimittel GmbH
Elisabeth-Selbert-Str. 23
40764 Langenfeld

[neuraxpharm Arzneimittel GmbH](#)

Elisabeth-Selbert-Str. 23 | 40764 Langenfeld | GERMANY
Tel. +49 (0)2173 1060 0 | Tel. für Auftragsannahme +49 (0)2173 1060 200 | Fax +49 (0)2173 1060 333 | www.neuraxpharm.de

Sitz der Gesellschaft: Langenfeld | Amtsgericht Düsseldorf, HRB 93523 | Geschäftsführer: Dr. Jörg-Thomas Dierks, Dr. Maximilian von Wülfing
Commerzbank AG, Solingen | IBAN DE72 3428 0032 0627 2800 00 | BIC DRESDEFF342 | USt-IdNr. DE 335412814