



ASL di BARI

DISTRETTO N. _____

DIPARTIMENTO _____

In data _____ si consegna al Dott./Dott.ssa _____

MMG /PLS n. codice regionale _____

la seguente fornitura :

n. _____	dosi di vaccino ant. 0,50 ml VAXIGRIP	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino anti. 0.50 ml FLUAD	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino ant. 0,50 ml INFLUVAC S	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino ant. <u>.INTANZA 15 µg/ceppo in 0,1 ml</u>	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino ant. <u>.INTANZA 9 µg/ceppo in 0,1 ml</u>	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino antinfluenzale 0,25 ml VAXIGRIP BB	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino PCV 13 PREVENAR	lotto _____	scad _____
n. _____	dosi di vaccino PCV 23 PNEUMOVAX	lotto _____	scad _____

DATA _____

Firma del Medico per ricevuta

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti tecnici per il mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini