

	Farmacia Ispezione Periodica Di Magazzino	Mod. 0083	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>scad farmaci</i>	
		Rev. 00	del 16/09/2025

ANNO:	MESE:	GIORNO:
--------------	--------------	----------------

- 1) Stato delle scaffalature e delle apparecchiature/attrezzature ad uso magazzino:
.....
- 2) Zona di passaggio:
.....
- 3) Identificazione dei prodotti scaduti o fuori servizio:
.....
- 4) Cura nel posizionamento:
.....
- 5) Presenza dei prodotti in scadenza nei due mesi successivi: SI ☐ NO ☐
- 6) Condizioni ambientali:
.....

Altre Anomalie:

Azioni Suggerite:

Data:	Firma di Chi effettua il controllo:
--	-------------------------------------

Interventi decisi:

Da attuare entro il:

Data:	Firma Responsabile Acquisti: X Alberto Gazzera
--	--

ESITO ISPEZIONE MENSILE: ☐ Positivo ☐ Negativo

Eventuali Azioni

Firma DS: