**MASKE İADE TUTANAĞI**

 **Eczane Adı : ..........................................................................................**

 **İlçesi : ...........................................................................................**

 **GLN No : ...........................................................................................**

 **İade Edilen Dağıtım Kanalı : .................................................................**

 **İade Edilen Maske Adedi : ..................................................................**

 **Teslim Eden Eczane Teslim Alan**

 **Kaşe / İmza Adı / Soyadı**

 **İmza İmza**

 **...../...../2020**