

## Service de destruction des SPECIALITES PÉRIMÉES INVENDUES.

Nous vous offrons la possibilité de vous défaire des médicaments périmés invendus en vous fournissant une attestation.



### En pratique, comment devez-vous procéder ?

- Faire parvenir à l'UPHOC un/des carton(s) nominatif(s) avec les produits à détruire.
- Mettre votre NOM et N°APB sur le(s) carton(s) transmis à l'UPHOC.
- Réaliser un **INVENTAIRE complet** (qualitatif et quantitatif) des produits remis qui reprend vos coordonnées (NOM PHARMACIE – ADRESSE – N°APB) ainsi que le NOM DES PRODUITS, le CNK, nombre de boîtes et le PRIX PUBLIC du produit (+ total des quantités et des prix publics).  
*Un exemple de document (inventaire) à nous fournir est au verso de ce document. Un listing informatisé comprenant les mêmes données est bien entendu accepté.*

### **ATTENTION !! NE PEUVENT PAS ÊTRE REMIS (NON REPRIS) :**

- Produits stupéfiants
- Matières premières, chimiques et réactifs

**Vous pouvez laisser les médicaments tels quels dans leurs emballages avec les notices d'utilisation des médicaments ou vous pouvez les retirer dans une approche éco+responsable de tri et de recyclage.**  
Le choix est laissé à votre appréciation par la firme.

### Coût de ce service de destruction :

Un montant de **0,40€ /boîte remise** (HTVA) vous sera facturé par l'UPHOC.

Une attestation de destruction vous sera remise avec copie de la liste des produits remis pour destruction mentionnant le montant total de la marchandise.

### Période de récolte des spécialités :

La période de collecte (dépôt des cartons) s'effectue **jusqu'au 25 septembre 2024**.

**Déposez vous-mêmes le(s) carton(s) ou faites-les parvenir à l'UPHOC** (Avenue des Nouvelles technologies, 59 à 7080 Frameries) avant le 25 septembre 2024 avec la liste d'inventaire.

**N'oubliez pas d'indiquer le NOM de la PHARMACIE et le N°APB sur l'ensemble des cartons remis accompagné de la liste (inventaire) signé avec les prix des produits et le montant total!**

INVENTAIRE DES SPECIALITES PERIMEES REMISES POUR DESTRUCTION A L'UPHOC



|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| <b>NOM DE LA PHARMACIE :</b> | <b>N° APB :</b> |
| <b>NOM DU TITULAIRE :</b>    |                 |
| <b>ADRESSE (RUE – N°)</b>    |                 |
| <b>CP et LOCALITE :</b>      |                 |

|    | CNK | NOM DE LA SPECIALITE | FORME et DOSAGE | Prix Public ou p. achat * par boîte<br><i>*Biffer la mention inutile</i> | Nbre de boîtes | Prix Public ou p. achat * TOTAL<br><i>*Biffer la mention inutile</i> |
|----|-----|----------------------|-----------------|--|----------------|--|
| 1  |     |                      |                 |  |                |  |
| 2  |     |                      |                 |  |                |  |
| 3  |     |                      |                 |  |                |  |
| 4  |     |                      |                 |  |                |  |
| 5  |     |                      |                 |  |                |  |
| 6  |     |                      |                 |  |                |  |
| 7  |     |                      |                 |  |                |  |
| 8  |     |                      |                 |  |                |  |
| 9  |     |                      |                 |  |                |  |
| 10 |     |                      |                 |  |                |  |
| 11 |     |                      |                 |  |                |  |
| 12 |     |                      |                 |  |                |  |
| 13 |     |                      |                 |  |                |  |
| 14 |     |                      |                 |  |                |  |
| 15 |     |                      |                 |  |                |  |
| 16 |     |                      |                 |  |                |  |
| 17 |     |                      |                 |  |                |  |
| 18 |     |                      |                 |  |                |  |
| 19 |     |                      |                 |  |                |  |
| 20 |     |                      |                 |  |                |  |

TOTAL :

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Cachet pharmacie :

Date et signature :