

## Confirmation de mise au rebut **WinRho® SDF (1 500 UI)**

Nom et adresse de l'hôpital		
N° de lot WinRho®	N <sup>bre</sup> de flacons concernés	Date de mise au rebut (aaaa-mm-jj)
<b>11500971</b>		
<b>23000204</b>		

**Remarque :** La date de mise au rebut correspond à la date à laquelle le produit a été jeté avec les déchets biologiques, et non la date à laquelle il a été effectivement détruit.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

confirme que le produit identifié ci-dessus a bien été mis au rebut.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(aaaa-mm-jj)

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Une fois rempli, envoyez ce formulaire par fax, au numéro suivant :

**613-739-2160**

Ou par courriel, après l'avoir numérisé, à : [csr@blood.ca](mailto:csr@blood.ca)

**Formulaire à renvoyer avant le 14 août 2017**