**FORMATO PARA LA ELIMINACION DE DESECHOS DE VACUNACION IA H7N3**

Bajo Responsabilidad de PROSA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Nombre** | **No. de** | **Responsable** | **Observaciones** |
|  |  **Comercial** |  **Frascos** |  |  |
|  |  **de la Vacuna** |  **Devueltos** |  |  |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

 PROSA-03-2013

Nombre del Médico Veterinario Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y Sello

Colegiado Activo No.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oficializado PROSA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_