**FORMATO PARA LA ELIMINACION DE DESECHOS DE VACUNACION IA H5N1**

Bajo Responsabilidad de PROSA

PROSA-03-2022

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

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

Firma y Sello

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

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