**Phụ lục 2**

**MẪU BIÊN BẢN GIAO NHẬN THUỐC METHADONE***(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**BIÊN BẢN GIAO NHẬN THUỐC METHADONE**

*Số BBGN: ………………*

**Căn cứ chuyển thuốc: công văn số……. ngày .... tháng ... năm ... của Cục PC HIV/AIDS/Sở Y tế/Cơ quan đầu mối**

**Đơn vị nhận hàng:** ……………………………………………..

Địa chỉ: ……………………………………………………………

Người liên hệ: ……………………………………………………

Người nhận hàng: ……………………………………………….

**Đơn vị giao hàng:** ……………………………………………...

Địa chỉ: ……………………………………………………………

Người làm đơn: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thuốc** | **Tên biệt dược** | **Quy cách** | **Nhà sản xuất** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Đơn giá (VNĐ)** | **Thành tiền (VNĐ)** | **Lô sản xuất** | **Hạn dùng** | **Đơn hàng** |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
|   | *Nguồn thuốc:……………………………………………………………………….* |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **Tổng cộng** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| *……, ngày…. tháng…. năm…..***BÊN GIAO HÀNG** | *……, ngày…. tháng…. năm…..***BÊN NHẬN HÀNG** |
| **Người vận chuyển***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Thủ kho xuất***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Thủ trưởng đơn vị***(ký tên và đóng dấu)* | **Người nhận***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Thủ trưởng đơn vị***(ký tên và đóng dấu)* |