

____ / ____ / ____
Année mois jour

**FORMULAIRE DE RETOUR
DE VACCINS PÉRIMÉS**

Établissement : _____

Code d'identification de dépôt : _____ Effectué par : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Joindre une copie aux vaccins retournés et faire parvenir à Mme Carole Desjardins
par télécopieur au 450 569-6305 ou par courriel à : carole_desjardins@ssss.gouv.qc.ca

Nom du produit à retourner	Lot	Date d'expiration	Quantité en DOSES

Signature du responsable du retour : _____ Fait le : _____

À l'usage de la DSPublique

Vaccins validés non créditaibles : Oui Non ID du retour SI-PMI : _____

Commentaires : _____

