

Форма рецептурного бланка № 1 (ф-1) для виписування тваринам ветеринарних лікарських засобів

Найменування закладу ветеринарної медицини (штамп закладу) або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ліцензованого спеціаліста ветеринарної медицини	Місцезнаходження закладу ветеринарної медицини або місце провадження господарської діяльності з ветеринарної практики ліцензованого спеціаліста ветеринарної медицини, контактний телефон, факс та/або електронна адреса _____ Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків* _____ Серія та номер (за наявності) ліцензії на провадження господарської діяльності з ветеринарної практики, рішення органу ліцензування на провадження господарської діяльності з ветеринарної практики
---	--

РЕЦЕПТ № _____

Дата видачі рецепта: _____

Вид, вік, кличка, ідентифікаційний номер тварини або груп тварин (за наявності): _____

Найменування / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) доглядача або власника (утримувача) тварини (тварин), його місцезнаходження / місце проживання, контактний телефон, факс та/або електронна адреса: _____

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ліцензованого ветеринарного лікаря або ветеринарного лікаря ліцензованого закладу ветеринарної медицини, іншого спеціаліста ветеринарної медицини (у випадках, визначених законом): _____

Діагноз: _____

Rp.: _____

Для видів продуктивних тварин, період виведення (очікування), навіть якщо такий період дорівнює нулю: _____

Попередження, необхідні для забезпечення належного використання: _____

Підпис та особиста печатка лікаря _____ М. П. (за наявності)

Рецепт дійсний протягом 5 днів, 10 днів, 30 днів (непотрібне закреслити) _____

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

(друкується на зворотному боці рецептурного бланка)
Штамп ветеринарної аптеки

№ лікарської форми
індивідуального виготовлення _____

Прийняв _____

Виготовив _____

Перевірив _____

Відпустив _____

**Директор Департаменту державної
політики у сфері санітарних
та фітосанітарних заходів
Андрій ПИВОВАРОВ**

**Форма
спеціального рецептурного бланка № 2 (ф-2) для виписування тваринам
ветеринарних лікарських засобів, що містять отруйні, сильнодіючі,
наркотичні засоби, психотропні речовини або їх прекурсори та тих, що
застосовуються для евтаназії тварин**

Найменування закладу ветеринарної медицини (штамп закладу) або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ліцензованого спеціаліста ветеринарної медицини

Місцезнаходження закладу ветеринарної медицини або місце провадження господарської діяльності з ветеринарної практики ліцензованого спеціаліста ветеринарної медицини, контактний телефон, факс та/або електронна адреса
Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків*
Серія та номер (за наявності) ліцензії на провадження господарської діяльності з ветеринарної практики, рішення органу ліцензування на провадження господарської діяльності з ветеринарної практики

РЕЦЕПТ

Серія _____ № _____

Дата видачі рецепта: _____

Вид, вік, кличка, ідентифікаційний номер тварини або груп тварин (за наявності): _____

Найменування / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) доглядача або власника (утримувача) тварини (тварин), його місцезнаходження / місце проживання, контактний телефон, факс та/або електронна адреса:

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ліцензованого ветеринарного лікаря або ветеринарного лікаря ліцензованого закладу ветеринарної медицини, іншого спеціаліста ветеринарної медицини (у випадках, визначених законом): _____

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ліцензованого спеціаліста ветеринарної медицини або спеціаліста ветеринарної медицини ліцензованого закладу ветеринарної медицини, який буде застосовувати ветеринарний лікарський засіб, контактний телефон, факс та/або електронна адреса:

Діагноз:

Рр.:

Попередження, необхідні для забезпечення належного використання: _____

Підпис та особиста печатка лікаря _____ М. П. (за наявності)

Рецепт дійсний протягом десяти календарних днів. Рецепт залишається в аптеці.

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

**Директор Департаменту державної
політики у сфері санітарних
та фітосанітарних заходів
Андрій ПИВОВАРОВ**