|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Malzeme Adı** | **Adet** | **Üretim Tarihi** | **Son Kullanım Tarihi** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |

NOT: Listeye son kullanma tarihi en yakın olan malzeme yazılacaktır. 2Ayda 1 kez yapılır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formu Dolduran** | **Tarih: ……/……/20** | **Formu Onaylayan** | **Tarih:...…/……../20** |
| **Adı-Soyadı:** | **Klinik Kalite Sorumlusu Adı- Soyadı:** |
| **İmza:** | **İmza:** |