ANEXO 7. HOJA DE ENTREGA DE SPD

Nombre y apellidos paciente ..……...

Nº SPD	**FECHA DE ENTREGA**	**FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA RETIRAR LA MEDICACIÓN** **(***Recibo y confirmo que no ha habido cambio de medicación en los medicamentos preparados en el SPD***)**