



**Anexo 9**

**Notificación de devolución de vacunas**

Fecha	
Centro de vacunación	
Domicilio	
Código postal	
Municipio	
Responsable de vacunas	
Correo electrónico	
Teléfono	

<i>Nombre comercial</i>	<i>Laboratorio</i>	<i>Lote</i>	<i>Fecha de caducidad</i>	<i>N.º dosis</i>	<i>Motivo*</i>

\* *Caducidad, rotura de la cadena de frío (en este caso, indique fecha y causa de la rotura).*

Nombre y apellidos

[Firma]