



FORMATO D - 3

**DIRECCION EJECUTIVA
DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
DIRECCION DE INSPECCION Y CERTIFICACION**

**SOLICITUD – PARA DEVOLUCIÓN, ENTREGA POR
CIERRE TEMPORAL Y/O CIERRE DEFINITIVO DE
PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE
ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS SEGÚN
DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA**

PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|-----------------------------|---|---|
| 1. CLASIFICACION DE LOS EE. FF: A.) OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> B) FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> B) DROGUERIA (CANTIDADES PEQUEÑAS) <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. NOMBRE COMERCIAL: | | 3. R.U.C. N° | |
| 4. RAZON SOCIAL (SOLO EMPRESAS): | | | |
| 5. DIRECCIONL Av./ Calle / Jr. | | | |
| 6. URBANIZACIÓN: | | 7. DISTRITO: | 8. PROVINCIA: |
| 9. DEPARTAMENTO: | 10. TELEFONO EE. FF: | 11. CORREO ELECTRÓNICO Q.F: | |
| 12. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL y/o PROPIETARIO: | | | 13. TELEFONO PROP/RL |
| 14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL Q.F DIRECTOR TECNICO: | | 15. CARGO: RESPONSABLE DE PRODUCTOS CONTROLADOS | 16. N° C.Q.F.P 17. TELEFONO Q.F: |

SEGUNDA PARTE: RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE ESTUPEFACIENTE Y/O PSICOTROPICO A RECEPCIONAR (D.S. 023-2001-S. A SEGÚN ART. 56)

| DESCRIPCION COMPLETA – CONC. F.F | LOTE | REGISTRO SANITARIO | FECHA DE VENCIMIENTO | CANTIDAD | MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN, ESPECIFICAR: POR CIERRE TEMPORAL O CIERRE DEFINITIVO |
|----------------------------------|------|--------------------|----------------------|----------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

TERCERA PARTE: OBSERVACIONES:

CUARTA PARTE:
Vº Bº AREA DE DROGAS – DICER DEMID – ADJUNTAR COPIA DEL ULTIMO BALANCE PRESENTADO

.....
**FIRMA Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS
CQFP N°.....**

.....
**FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O
REPRESENTANTE LEGAL**