



### FORMATO D- 5

#### REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL

(DS-023-2001-SA-art 22°,23°,24°,25°)  
(R.M. N° 1105-2002-SA/DM)

De conformidad con los dispositivos legales vigentes a la fecha, el que suscribe:  
 .....  
 solicita la adquisición de: ..... talonario(s) de RECETARIO ESPECIAL para la prescripción de estupefaciente y psicotrópicos de las listas IIA, IIIA, IIIB Y IIIC, según lo establecido en el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, precursores y otras sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria y por cuya seguridad y buen uso, asumo responsabilidad, sometiéndome a las sanciones correspondientes en caso de incumplimiento de los requisitos establecidos.

.....  
Firma y sello

.....  
C.M.P. N°

.....  
DNI

**OBSERVACIÓN:**  
 El recetario oficial es intransferible y para uso exclusivo del profesional que lo adquiere.  
 En caso de Establecimiento de Salud, el Director del Hospital se responsabiliza por la adquisición y uso racional de los mismos.  
 En caso de uso parcial de los recetarios o no uso, estos deberán ser devueltos a DICER - DEMID

Para ser llenado por el Responsable del Área de Control de Drogas:  
 N° de TALONARIOS ENTREGADOS: .....  
 RECETAS NUMERADAS DEL ..... AL .....  
 RECIBO DE PAGO N° ..... Del (fecha).....

RECIBIDO: .....

DNI N°: .....

FECHA: .....