



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: