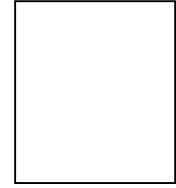




**FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE PROFESIONALES MEDICOS  
PARA ADQUISICION DEL RECETARIO ESPECIAL**

CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA  
(DS -023-2001-SA / R.M. N° 1105-2002-SA/DM)



FICHA N° \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO: -----

D.N.I. N°----- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:-----

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: -----

ESPECIALIDAD: -----

N° C.M.P. ----- REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA N° -----

CONSULTORIO PARTICULAR: -----

DIRECCIÓN: -----

TELEFONO: ----- TELEFAX: -----

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: -----

ENTIDAD PUBLICA: -----

DIRECCION: ----- SERVICIO: -----

ENTIDAD PRIVADA: -----

DIRECCION: ----- SERVICIO:-----

DOMICILIO: -----

TELEFONO: ----- E-MAIL: -----

FIRMA: ----- FECHA: -----

**POR MEDIO DE LA PRESENTE ASUMO LA RESPONSABILIDAD POR LA SEGURIDAD Y BUEN USO DE LOS RECETARIOS ESPECIALES QUE ADQUIERA SOMETIÉNDOME A LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS Y EXIGENCIAS ESTABLECIDAS.**

FECHA: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
N° DNI .....

V° B° .....  
Responsable del Área de Control de Drogas

**NOTA: La firma debe er la misma del documento de identidad.  
En el recuadro superior adherir una foto reciente a color.**