



FORMATO D-4

REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (HOSPITALES, CLINICA, INSTITUTOS ESPECIALIZADOS, POLICLINICOS)

(D.S. N°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:

.....Director del Establecimientoidentificado con CMP N°DNI.....

Solicita la adquisición de: talonario (s) de RECETARIO ESPECIAL para la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos de las listas IIA,IIIA,IIIB y IIIC, según lo establecido en el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos ,Precusores 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 del profesional

DNI N°

Observación:

El recetario especial es intransferible y para uso exclusivo del profesional que lo adquiere.

En caso de Establecimientos 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 la Autoridad Regional de Salud.

La entrega de los talonarios solicitados es personal. Excepcionalmente al solicitante puede encargar el recojo a otra persona con CARTA PODER SIMPLE o llenar el formulario adjunto.

Nota: ADJUNTAR LISTA DE PROFESIONALES MEDICOS (APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, NUMERO DE COLEGIATURA Y NUMERO DE DNI)

Lugar y fecha: _____

Sello y firma del profesional

Telefono:

Para ser llenado por el Evaluador de Autorizaciones Sanitarias:

N° de TALONARIOS ENTREGADOS:.....

TALONARIO N°

RECETAS NUMERADAS DEL AL.....