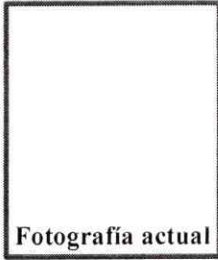




# FORMATO D-2

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE PROFESIONALES MÉDICOS PARA ADQUISICIÓN DEL RECETARIO ESPECIAL CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA (D.S. N° 023-2001-SA / R.M. N° 1105-2002-SA/DM)



FICHA N° \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ (llenado por la Autoridad)

### DATOS DEL PROFESIONAL

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: \_\_\_\_\_

### ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE LABORA

• ENTIDAD PÚBLICA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

• ENTIDAD PRIVADA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

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**

V° B° \_\_\_\_\_

**EQUIPO EVALUADOR DE LA GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD CUSCO – DIRECCION DE MEDICAMENTOS  
INSUMOS Y DROGAS (DMID)**

NOTA: La firma debe ser la misma del documento de identidad