



FORMATO D-3

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL

(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:

.....
identificado 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 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.

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.....