

## FORMATO 2 –Persona Jurídica



Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

**FORMATO DE REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
(HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUTOS ESPECIALIZADOS, POLICLÍNICOS)  
(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:*

.....

*Director del Establecimiento.....*

*identificado con C.M.P. N° .....D.N.I.....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 por 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.*

**Observación:**

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

*En el 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 DIGEMID*

*La entrega de los talonarios solicitados es personal. Excepcionalmente el 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 / CELULAR:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**NOTA: PARA EL RECOJO DE LOS TALONARIOS SOLICITADOS, SÍRVASE  
COMUNICARSE AL TF. 01-4630449**

## FORMATO 2 –Persona Jurídica

### AUTORIZACIÓN PARA RECOJO DE RECETARIOS ESPECIALES

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con número de DNI \_\_\_\_\_, **Director del Establecimiento** \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_, Distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, otorgo poder simple a:

\_\_\_\_\_, identificado con número de DNI \_\_\_\_\_, con la finalidad que realice en mi representación el recojo de los talonarios de recetarios especial.

Este PODER se extiende de conformidad con lo dispuesto en el artículo 115.1 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**DNI N°**