

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 detalonario (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°