

**FORMATO DE COMUNICACIÓN PARA EL REGISTRO DEL PROFESIONAL MÉDICO O CIRUJANO DENTISTA PARA ADQUISICION DE TALONARIO DE RECETARIO ESPECIAL**

Señor(a) Director Ejecutivo de la Dirección de Productos Farmacéuticos-DIGEMID

Por el presente documento comunicamos lo siguiente:

|  |
| --- |
| 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 Nº ------------------------------------------------------------------------------- |
| CONSULTORIO PARTICULAR:---------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| DIRECCIÓN : --------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| TELEFONO : ------------------------------------------------TELEFAX:----------------------------------------- |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD:------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| ENTIDAD PUBLICA:------------------------------------------------------------------------------------------------ |
| DIRECCION:------------------------------------------------------SERVICIO:------------------------------------- |
| ENTIDAD PRIVADA:----------------------------------------------------------------------------------------------- |
| DIRECCION:------------------------------------------------------SERVICIO:------------------------------------- |
| DOMICILIO : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| TELEFONO : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| E-MAIL : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| 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. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRES Y APELLIDOS  N° DE DNI |