

**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 APELLIDOSN° DE DNI |