



**PERÚ**

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

## 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 N° -----

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