 <p>Gobierno de JUJUY Ministerio de Salud</p>	DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE FARMACIA	CÓDIGO: F-DPF-INS-02-01
	ATENCIÓN AL PÚBLICO	VERSIÓN: 01
	FORMULARIO DE SOLICITUD y ENTREGA DE TALONARIOS DE RECETARIOS OFICIALES HOSPITALES/CLINICAS/SANATORIO CON FARMACEUTICO	VIGENCIA: 25/01/2023
		PAGINA:1 de 3

San Salvador de Jujuy, de de 202.....

Quien suscribe FarmMP:..... solicita al jefe del Departamento Provincial de Farmacia Farm. Gustavo Poccioni, la provisión de talonarios de recetarios oficiales, para uso exclusivo dentro de la institución HOSPITAL/CLINICA: por los médicos que se detallan en pág. 2.

(colocar dentro del recuadro, la cantidad con números de talonarios solicitados)


- Talonarios de Recetarios para Psicotrópicos (1 Talonario =25 recetas por triplicado)
- Talonarios de Recetarios para Estupefacientes (1 Talonario =25 recetas por triplicado)

En caso de que una tercera persona retire los talonarios, completar lo siguiente:
Autorizo al Sr./Sra. DNI:, a retirar los talonarios requeridos, la misma presentara al momento del retiro su DNI a efectos de verificar su identidad.

.....
FIRMA DEL FARMACEUTICO/A

.....
SELLO DEL FARMACEUTICO/A

- En caso de Clínicas y/o Sanatorios una vez presentada la solicitud se informará el monto (\$) a abonar.
- Secretaria del DPF emitirá la factura correspondiente para lo cual se solicita N° de CUIL:....., condición ante IVA..... e email:..... donde recibirá dicha factura.
- **Una vez recibida la factura** deberá realizar el Depósito o Transferencia bancaria a la cuenta del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy
Banco Macro – Cuenta Corriente: 320009401436858
CUIT N°: 30-70966892-3
CBU: 2850200930094014368581

 <p>Gobierno de JUJUY Ministerio de Salud</p>	DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE FARMACIA	CÓDIGO: F-DPF-INS-02-01
	ATENCIÓN AL PÚBLICO	VERSIÓN: 01
	FORMULARIO DE SOLICITUD y ENTREGA DE TALONARIOS DE RECETARIOS OFICIALES HOSPITALES/CLINICAS/SANATORIO CON FARMACEUTICO	VIGENCIA: 25/01/2023
		PAGINA:3 de 3

REGISTRO DE ENTREGA DE TALONARIOS:

Tipo de talonario	Serie	Numeración	MP Médico Prescriptor
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	
		al	

Se continúa listado en reverso: SI – NO

Observaciones:

Fecha:	Hora:
Firma:	Firma:
Sello o Aclaración:	Sello o Aclaración:
DNI:	
(del farmacéutico o tercero que retira)	(del personal que entrega por DPF)