 <p>Gobierno de JUJUY Ministerio de Salud</p>	DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE FARMACIA	CÓDIGO: F-DPF-INS-01-01
	ATENCIÓN AL PÚBLICO	VERSIÓN: 01
	FORMULARIO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE TALONARIOS DE RECETARIOS OFICIALES MÉDICOS PARTICULARES	VIGENCIA: 06/12/2022
		PAGINA:1 de 2

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

Quien suscribe Dr./Dra.....MP:.....
 CUIL :..... solicito al jefe del Departamento Provincial de Farmacia Farm.
 Gustavo Poccioni, la provisión de talonarios de recetarios oficiales.
 (colocar la cantidad con números de los talonarios solicitados dentro del cuadro)

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, copia del DNI y carnet del
 médico prescriptor.

.....
SELLO DEL DR./A.

.....
FIRMA DEL DR./A

.....
ACLARACION DEL DR./A

- 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-01-01
	ATENCIÓN AL PÚBLICO	VERSIÓN: 01
	FORMULARIO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE TALONARIOS DE RECETARIOS OFICIALES MÉDICOS PARTICULARES	VIGENCIA: 06/12/2022
		PAGINA:2 de 2

REGISTRO DE ENTREGA DE TALONARIOS:

Tipo de talonario	serie	Numeración
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al
		al

Observaciones:

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