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

Quien suscribe Farm ……MP:…….. solicita al jefe del Departamento Provincial de Farmacia Farm. Poccioni Gustavo, la provisión de vales para la comercialización de sustancias controladas, para uso exclusivo dentro de la institución HOSPITAL/CLINICA: …….

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

☐ Vales para la comercialización de **Psicotrópicos** dentro de la provincia
(1 Talonario = 25 vales por cuadruplicado)

☐ Vales para la comercialización de **Psicotrópicos** fuera de la provincia
(1 Talonario = 25 vales por quintuplicado)

☐ Vales para la comercialización de **Estupefacientes** dentro de la provincia
(1 Talonario = 25 vales por cuadruplicado)

☐ Vales para la comercialización de **Estupefacientes** fuera de la provincia
(1 Talonario = 25 vales por quintuplicado)

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, 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 y enviar comprobante al mail dpfjujuysecretaria@gmail.com

  Banco Macro – Cuenta Corriente: 320009401436858
  CUIT N°: 30-70966892-3
  CBU: 2850200930094014368581

REGISTRO DE ENTREGA DE TALONARIOS:

Tipo de Talonario (Estupefaciente o Psicotrópico)	Comercialización (dentro o fuera de la Provincia)	Serie	Numeración
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al
			al

Se continúa listado en reverso: SI – NO

Observaciones:

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