



El/la que suscribe, Farm.Mat. N°.....
a cargo de la dirección técnica de
ubicada en calle....., N°..... de la
localidad de, partido de
Cod. Postal, e-mail: solicita
Formularios Oficiales para, de
(Adquisición o devolución) (Psicotrópicos y/o estupefacientes)
según lo establecido en la Ley 174,818,-

Asimismo, autoriza al Colegio de Farmacéuticos de La Plata a cobrar el trámite para la obtención de los vales junto a la cuota de matrícula profesional y, en caso de estar adherido, descontar dicho valor de los saldos acreedores que tenga a percibir del Sistema Unificado / Sifar.

.....dedel año.....

Sello de la Farmacia

Firma del Farmacéutico

Consta que el díadel mes dedel año.....
se ha hecho entrega de Formularios de, desde
el númerohasta el

.....
Firma del Receptor

INSTRUCCIONES

- 1.- Complete la parte superior del formulario.-
- 2.- Consigne su **Nro de Control**. Su omisión retarda el trámite.-

NOTA: Recuerde que para solicitar vales, deberá estar previamente habilitado y reconocido por disposición del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Además de tener las cuotas de afiliación al Colegio al día.-

NÚMERO DE CONTROL: