



El que suscribe, Farm. .... Mat. nº .....  
a cargo de la dirección técnica de .....  
ubicada en calle ....., nº .....,  
de la localidad de ....., partido .....

Solicita Formularios Oficiales para:

- Adquisición de Psicotrópicos - Estupefacientes X 40
- Devolución de Psicotrópicos - Estupefacientes X 10

**Trámite con envío      Si     No  - Retira en Filial Colegio de farmacéuticos de La Plata.**

- Tildar lo que corresponde

Según lo establecido en la Ley 17.818 y Ley 19.303.-

Asimismo, autoriza al Colegio de Farmacéuticos de la Prov. de Buenos Aires a cobrar el trámite para la obtención de Vales junto a la cuota de matrícula profesional y, en caso de estar adherido, descontar dicho saldo de los saldos acreedores que tenga a percibir el Sistema Unificado/Sifar.

.....de.....del año.....-

Sello de Farmacia

.....  
Farmacéutico.

Firma del

#### **INSTRUCCIONES**

**1.- Complete la parte superior del Formulario**

**2.- Consigne su nº 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.-**

Consta que el día .....del mes de .....del año ..... se ha hecho entrega de Formularios de ....., desde el numero .....hasta el .....	..... Firma del Receptor
---	-----------------------------

**NUMERO DE CONTROL:.....-**