



Colegio de Farmacéuticos
FILIAL LA PLATA

El que suscribe, Farm. Mat. n°
a cargo de la dirección técnica de
ubicada en calle, n°
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-

x 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 n° de CONTROL. Su omisión retarda el tramite.

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 díadel mes dedel año
se ha hecho entrega de Formularios de
desde el numerohasta el-

.....
Firma delReceptor

NUMERO DE CONTROL:.....-