



El/la que suscribe, Farm.....Mat N°.....
a cargo de la dirección técnica de.....
ubicada en calle.....N°.....de la
localidad dePartido de.....
Cod. Postal, emailsolicita
Formularios Oficiales para.....de.....
(Adquisición o devolución (Psicotrópicos y/o estupefacientes)
según lo establecido en la Ley 174818.

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

.....de.....del año.....

Sello de la Farmacia

Firma del Farmacéutico

Consta que el día.....del mes de.....del año.....
se ha hecho entrega de Formularios de, desde
el número.....hasta 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.

NUMERO DE CONTROL:.....