



FORMATO DE REQUERIMIENTO DE TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUTOS ESPECIALIZADOS, POLICLÍNICOS) (DS-023-2001-SA-art 22°,23°,24°,25°) (R.M N° 1105-2002-SA/DM)

De conformidad con los dispositivos legales vigentes a la fecha, el que suscribe:

.....

Director del Establecimiento.....

con C.M.P. N°D.N.I.....solicita la adquisición de

.....talonario (s) de **RECETARIO ESPECIAL** para la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos de las listas IIA, IIIA, IIIB y IIIC, según lo establecido por el **Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores y otras sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria** y por cuya seguridad y buen uso asumo responsabilidad, sometiéndome a las sanciones correspondientes en caso de incumplimiento de los requisitos establecidos.

Observación:

El recetario especial es intransferible y para uso exclusivo del profesional que lo adquiere.

En el caso de Establecimientos de Salud el Director del Hospital se responsabiliza por la adquisición y uso racional de los mismos.

En caso de uso parcial de los recetarios o no uso, estos deberán ser devueltos a DIGEMID

Para la entrega de los talonarios solicitados, el personal responsable tendrá que portar una CARTA PODER SIMPLE suscrita por el DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO.

Nota: ADJUNTAR RELACIÓN DE PROFESIONALES MEDICOS (APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, NUMERO DE COLEGIATURA Y NUMERO DE DNI)

Lugar y fecha:

**SELLO Y FIRMA
DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

**TELEFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:**

