EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA
PLANILLA MENSUAL DE ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS
(Tachar lo que no corresponda)

CORRESPONDIENTE AL MES DE . . . . . DE 20

FARMACIA: . . . . . **DIRECTOR TÉCNICO:** . . . . . .

DOMICILIO: . . . . . **LOCALIDAD:** . . . . . .

TELEFONO: . . . . . **E-MAIL** . . . . . .

Nº LIBRO RECETARIO	FECHA	Nº DE RECETA OFICIAL	NOMBRE DEL MEDICO	SUSTANCIA O PREPARADO	CANTIDAD
		FIRMA Y SELLO FCIA			

EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA
PLANILLA MENSUAL DE ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS
(Tachar lo que no corresponda)

CORRESPONDIENTE AL MES DE . . . . . DE 20

FARMACIA: . . . . . **DIRECTOR TÉCNICO:** . . . . . .

DOMICILIO: . . . . . **LOCALIDAD:** . . . . . .

TELEFONO: . . . . . **E-MAIL** . . . . . .

Nº LIBRO RECETARIO	FECHA	Nº DE RECETA OFICIAL	NOMBRE DEL MEDICO	SUSTANCIA O PREPARADO	CANTIDAD
		FIRMA Y SELLO FCIA			