DECLARACIÓN JURADA DE M0VIMIENTOS MENSUALES DE PSICOTRÓPICOS

CORRESPONDIENTE A:

MES DE……AÑO……

FARMACIA……

DIRECTOR TÉCNICO……M.P. Nº…….

DOMICILIO……LOCALIDAD…….

TELÉFONO…….CEL……

E-MAIL……

Nº ASIENTO LIBRO RECETRIO	FECHA	Nº DE RECETA OFICIAL	NOMBRE DEL MÈDICO	SUSTANCIA O PREPARADO	CANTIDAD
		FIRMA Y SELLO - FECHA			