GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA | Córdoba Entre todos. | Ministerio de SALUD | Dirección de Jurisdicción Farmacia

N° de control: …….....

FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS (Ley 19303/1971)

El que suscribe, **farmacéutico**..... con.....
nombre y apellido del Director Técnico comprador — tipo de establecimiento

cuyo nombre es.....sita/o en.....certifica haber comprado al/la
domicilio, localidad y provincia

farmacéutico/a que suscribe, ... con.....
nombre y apellido del Director Técnico vendedor — tipo de establecimiento

cuyo nombre es.....sita/o en.....
domicilio, localidad y provincia

los **PSICOTRÓPICOS**, cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	FECHA	AUTORIDAD DE CONTRALOR
firma y sello		firma y sello		firma y sello

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA | Córdoba Entre todos. | Ministerio de SALUD | Dirección de Jurisdicción Farmacia

N° de control: …….....

FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS (Ley 19303/1971)

El que suscribe, **farmacéutico**..... con.....
nombre y apellido del Director Técnico comprador — tipo de establecimiento

cuyo nombre es.....sita/o en.....certifica haber comprado al/la
domicilio, localidad y provincia

farmacéutico/a que suscribe, ... con.....
nombre y apellido del Director Técnico vendedor — tipo de establecimiento

cuyo nombre es.....sita/o en.....
domicilio, localidad y provincia

los **PSICOTRÓPICOS**, cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	FECHA	AUTORIDAD DE CONTRALOR
firma y sello		firma y sello		firma y sello