Córdoba, …………………………………..de…………………………………

Dirección de Jurisdicción de Farmacias

Atentamente

Sr Director Dr. Mariano Zaragoza

Me dirijo a Usted, por medio de la presente, a los efectos de solicitarle el sellado para reposición del libro de la farmacia que se detalla a continuación:

*(Indicar con una cruz el libro correspondiente)*

|  |  |
| --- | --- |
| **LIBRO RECETARIO** |  |
| **LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES** |  |
| **LIBRO CONTRALOR DE PSICOTROPICOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Farmacia** |  |
| **Razón Social** |  |
| **Dirección** |  |
| **Localidad** |  |
| **CUIT** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Seccional Policial** |  |
| **Turno** |  |
| **Director Técnico 1**  |  |
| **Matrícula Profesional** |  |
| **Director Técnico 2** |  |
| **Matrícula Profesional** |  |
| **Director Técnico 3** |  |
| **Matrícula Profesional** |  |

Adjunto el comprobante de pago de la tasa correspondiente y las fotos carnet de los DT mencionados.

Saluda atentamente