



**FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE PROFESIONALES MEDICOS
PARA ADQUISICION DEL RECETARIO ESPECIAL
CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA
(DS -023-2001-SA / R.M. N° 1105-2002-SA/DM)**

FICHA N° 20.....

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO:-----

D.N.I. N°-----

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:-----

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA:-----

ESPECIALIDAD:-----

N° C.M.P-----

REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA N° -----

CONSULTORIO PARTICULAR:-----

DIRECCIÓN : -----

TELEFONO : -----TELEFAX:-----

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:-----

ENTIDAD PUBLICA:-----

DIRECCION:-----SERVICIO:-----

ENTIDAD PRIVADA:-----

DIRECCION:-----SERVICIO:-----

DOMICILIO : -----

TELEFONO : -----

E-MAIL : -----

FIRMA : -----

FECHA: -----

POR MEDIO DE LA PRESENTE ASUMO LA RESPONSABILIDAD POR LA SEGURIDAD Y BUEN USO DE LOS RECETARIOS ESPECIALES QUE ADQUIERA SOMETIÉNDOME A LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS Y EXIGENCIAS ESTABLECIDAS.

V°B° -----
AREA DE DROGAS

NOTA: La firma debe ser la misma del documento de identidad.
En el recuadro superior adherir una foto reciente.