

FORMULARIO OFICIAL DE PEDIDO DE ESTUPEFACIENTES

DECRETO LEY 22095 DECRETO SUPREMO N° 023 - 2001 – SA.

(1) Señor (a):

.....
Equipo de Drogas
Dirección de Autorizaciones
Sanitarias DIGEMID

De conformidad con lo establecido en el decreto Ley N° 22095 y D.S. N°023-2001-SA, Solicito Usted, se sirva a otorgar al suscrito(a), la autorización respectiva para adquirir las sustancias y/o productos estupefacientes destinados al establecimiento Farmacéutico con RAZÓN SOCIAL..... Y

(2) NOMBRE COMERCIAL..... del cual soy Director Técnico(a), Por cuyo manejo y existencias asumo la responsabilidad legal.

Calle/Jr./Av.....N° /Mz-Lote.....

Distrito..... provincia..... departamento..... N° R.U.C.....

(3) Teléfono.....anexo..... faxemail.....

CANTIDAD SOLICITADA	FORMA DE PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN	(4) CANTIDAD AUTORIZADA Y LLENADA POR DIGEMID	
			NÚMEROS	LETRAS
	Caja x 50 Amp.	MORFINA CLORHIDRATO 10 mg/ml SOL. Iny		
	Caja x 50 Amp.	MORFINA CLORHIDRATO 20 mg/ml SOL. Iny		
	Caja x 100 Tab.	MORFINA SULFATO 30mg Tabletetas		
	Caja x 50 Amp.	PETIDINA CLORHIDRATO 100 mg/2ml Sol. Iny		
	Caja x 10 Amp.	FENTANILO CITRATO 0.05 mg /ml Sol. Iny x 2 ml		
	Fco x 100 g.	CODEINA FOSFATO Polvo		
	Fco x 1kg.	CODEINA FOSFATO Polvo		
	Fco x 10 g	COCAINA CLORHIDRATO Polvo		

....., De..... del 202.....

(5)

.....
Firma y Sello Director Técnico y N° C.Q.F.P.

(7)

.....
Sello del Establecimiento

.....
Sello del E.F. que Distribuye

<p>(4) MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS (DIGEMID)</p>	<p>(6) MINISTRO DE SALUD DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS/DIRESA</p>
<p>Conforme: SI..... NO..... Autorización N°..... Fecha:..... Observaciones:.....</p>	<p>Conforme: SI..... NO..... Q.F. Director de Medicamentos..... Fecha:..... Observaciones.....</p>
<p>V°B° Equipo de Drogas</p>	<p>Firma y Sello Director (a) de Medicamentos</p>

DIREMID PUNO

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

1.-Llenar todo los campos, y marcar solo lo que corresponde.
2.- Consignar la Razón Social y Nombre Comercial, Nombres y Apellidos del Director Técnico, y Número de Colegiatura según lo registrado oficialmente:_ <u>http://www.digemid.minsa.gob.pe/registros/establecimientos/consulestaqf.htm</u>
3.- Consignar el número de teléfono, email y fax donde se enviara la cotización.
4.- el llenado de los campos sombreados solo corresponde a DIGEMID no debe ser llenado por el usuario.
5.- Firma y sello del Director Técnico. Consignar el nombre del Establecimiento Farmacéutico registrado ante la autoridad de salud.
6.- V°B° de aprobación del Director de Medicamentos de la DIRESA a la que pertenece.
7.- Sello y fecha del Establecimiento Farmacéutico (Droguerías o Laboratorios) que comercializan otros Estupefacientes.
8.- Los sellos que se coloquen deben estar legibles.

DIREMID PUNO