

**FORMATO D-3**

**BALANCE DEL.….TRIMESTRE DE 20……**

**PSICOTRÓPICOS**

**(LISTA IIIA, IIIB, IIIC)**

1. CLASE **( )**

01=OFICINA FARMACÉUTICA: FARMACIA BOTICA

02=FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. NOMBRE COMERCIAL: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(Según RUC)**

1. DIRECCIÓN: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. DISTRITO: ………................................ 5. PROVINCIA: ……………………… 6. TELÉFONO: ……………………………………..

**DEL PROPIETARIO Ó REPRESENTANTE LEGAL:** (Persona Natural o Jurídica)

7. NOMBRES Y APELLIDOS: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(Si es Persona Natural)**

8. NOMBRE DE LA EMPRESA Ó RAZÓN SOCIAL: ……………………………………………………………………………………………………………..

**(Si es Persona Jurídica)**

9. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: ………………………………………………………………………………………………………………………

10. ESPECIFICAR RUC N°: …………………………………

11. DOMICILIO FISCAL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE DE DROGAS:**

12. NOMBRES Y APELLIDOS: ……………………………………………………….. ……………………………… C.Q.F.P: ………….

13. TELÉFONO: …………………………………

**INFORME DE BALANCE CORRESPONDIENTE AL ……. TRIMESTRE DEL 20……**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Producto Farmacéutico DCI-Nombre Comercial** | **Concentración** | **F.F.** | **Saldo Anterior** | **Ingresos** | **Egresos** | | **Saldo Actual** | **N° Lote** | **Fecha de Vencimiento** |
| **Venta** | **Otros** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nota: En el rubro Ventas toda salida es con Receta Especial y en el rubro Otros consignar: Cantidad según Oficio de autorización por saldos descartables o Cantidad según Documento de Canje o Cantidad según Documento de Transferencia.**

**PARA LOS INGRESOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° Factura y/o Guía de Remisión-Producto Farmacéutico** | **Fecha** | **Cantidad** | **Producto Farmacéutico DCI-Nombre Comercial** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**…………………………………………………………………………. …………………………………………………………………**

**FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE DE DROGAS FIRMA Y SELLO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**