PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

FORMATO D - 1

SOLICITUD – PARA DEVOLUCIÓN, ENTREGA DE SALDOS DESCARTABLES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CLASIFICACION DE LOS EE.FF:

A.) OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ **B)** FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: ☐

2. NOMBRE COMERCIAL:		3. R.U.C. N°
4. RAZON SOCIAL:		
5. DIRECCION: Av./ Calle / Jr.		
6. URBANIZACIÓN:	7. DISTRITO:	8. PROVINCIA:
9. DEPARTAMENTO:	10. TELEFONO EE.FF:	11. CORREO ELECTRÓNICO Q.F:
12. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL y/o PROPIETARIO:		13. TELEFONO PROP/R.L
14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL Q.F DIRECTOR TECNICO:	15. CARGO: **RESPONSABLE DE PRODUCTOS CONTROLADOS**	16. N° C.Q.F.P / 17.TELEFONO Q.F:

PARTE II. RELACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS CON CONTENIDO DE ESTUPEFACIENTES Y/O PSICOTROPICOS A CALIFICAR COMO SALDO DESCARTADLE PARA SU CUSTODIA Y POSTERIOR DESTRUCCIÓN (D.S 023-2001-S.A SEGÚN ART. 55)

DESCRIPCION COMPLETA – CONC. F.F	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN SALDO DESCARTABLE ESPECIFIQUE: VENCIDO, DETERIORADO

PARTE III. OBSERVACIONES:

PARTE IV.

Vº Bº AREA DE DROGAS – DEMID DIRIS LIMA NORTE

.....

FIRMA Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS
C.Q.F.P. N° .....

.....

FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL