

SELLO

Provincia de Santa Fe
MINISTERIO DE SALUD
COMERCIO DE ESTUPEFACIENTES
FORMULARIO OFICIALIZADO
Ley Nac. Nº 17.818

Serie

Nº

Nº de Control

El que suscribe, Sr. con
(título profesional) (Nombre y Apellido) (Establecimiento sanitario)
sito en certifica por el presente haber comprado al Sr.
(Dirección - Localidad) (título profesional) (Nombre y
..... con sita en las sustancias
Apellido) (Laboratorio - Droguería - Farmacia) (Dirección - Localidad)
estupefacientes cuyas cantidades se detallan a continuación:

ESPECIALIDAD MEDICINAL O DROGA	LABORATORIO	DOSIS / UNIDAD	UNIDADES/ENVASE	Nº ENVASES	OBSERVACIONES
<u>VENDEDOR</u>		AUTORIZADO POR EL DEPTO. INSPECCION DE FARMACIAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE		<u>COMPRADOR</u>	
FIRMA SELLO FECHA		FECHA		FIRMA SELLO FECHA	