

**SELLO**

Provincia de Santa Fe  
**MINISTERIO DE SALUD**  
 COMERCIO DE PSICOTROPICOS  
 FORMULARIO OFICIALIZADO

Serie .....

Nº .....

<sup>1)</sup> Nº de Control

<sup>2)</sup> El ..... que suscribe, <sup>3)</sup> Sr. .... con <sup>4)</sup> .....  
 (título profesional) (Nombre y Apellido) (Droguería - Farmacia)  
 sita en <sup>5)</sup> ..... certifica por el presente haber comprado al <sup>6)</sup> ..... <sup>7)</sup> Sr. ....  
 (Dirección - Localidad) (título profesional) (Nombre y  
 ..... con <sup>8)</sup> ..... sita en <sup>9)</sup> ..... las sustancias  
 Apellido) (Droguería - Farmacia) (Dirección - Localidad)  
 psicotrópicas cuyas cantidades se detallan a continuación:

10)	11) AMPOLLAS		12) 13) GRAMOS	14) OBSERVACIONES
	0,01	0,02		
<b><u>VENDEDOR</u></b>	<b>AUTORIZADO POR EL DEPTO. INSPECCION DE FARMACIAS DE LA PROVINCIA</b>		<b><u>COMPRADOR</u></b>	