



El/La que suscribe, Farm. .... Mat. n°..... a cargo de la dirección técnica de Farmacia ..... ubicada en calle ....., n° ....., de la localidad de ....., partido .....

Solicita el/los siguiente/s Libro/s:

- Libro Recetario 500 fs
Libro Recetario 1000 fs
Libro Psicotrópicos 200 fs
Libro Psicotrópicos 500 fs
Libro Estupefacientes
Libro Tóxicos
Libro Inyectables

Con envío Si No Retira en Fial Colegio de Farmacéuticos La Plata

Asimismo, autorizo al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires a cobrar el/los libros indicados

- junto a la próxima cuota de matricula profesional
del cheque que entrego junto a la presente a las autoridades de la Filial
del interdepósito que efectué el día y cuyo comprobante acompaña la presente

Tildar lo que corresponde

.....de.....del año.....-

Sello de Farmacia

Firma del Farmacéutico/a.

Nota: Recuerde que para solicitar d/los libros deberá estar previamente habilitado y reconocido por Disposición del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Además de tener las cuotas de afiliación al Colegio al día.-