



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 Filial 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 matrícula 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.-