

Fecha: _____

Farmacia : _____ Cód. : _____

Dirección exacta : _____ Tel. : _____

Regente o encargado : _____ Fax : _____

ACTA DE DESTRUCCION

Recetas originales de Sicotrópicos

En fecha _____ los abajo firmantes
procedimos a efectuar la destrucción de _____ recetas originales de sicotrópicos
despachadas entre el mes _____ año _____ a mes _____ año _____.

RESPONSABLES :

Nombre :

Regente farmacéutico : _____ céd. # : _____ Firma : _____

Testigo : _____ céd. # : _____ Firma : _____

Testigo : _____ céd. # : _____ Firma : _____