

Nº de Control
---------------

FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICION DE PSICOTROPICOS (Ley 19303/71) Y ESTUPEFACIENTES (Ley 17818/68)

El/La Farmacéutico/a que suscribe, ..... CON .....  
nombre y apellido del Director Técnico comprador farmacia/droguería  
 denominada ..... sita en .....certifica haber comprado  
nombre del establecimiento localidad  
 a la Farmacéutica ..... con Droguería sita en ..... los **psicotrópicos**  
nombre y apellido del Director Técnico vendedor localidad  
**- estupefacientes** (tachar lo que no corresponda), cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	AUTORIDAD DE CONTRALOR
firma y sello	Nº COMPROBANTES	firma y sello	firma y sello

**ORIGINAL** - Este ejemplar debe ser archivado por Inspección de Farmacias

Nº de Control
---------------

FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICION DE PSICOTROPICOS (Ley 19303/71) Y ESTUPEFACIENTES (Ley 17818/68)

El/La Farmacéutico/a que suscribe, ..... con .....  
nombre y apellido del Director Técnico comprador farmacia/droguería  
 denominada ..... sita en .....certifica haber comprado  
nombre del establecimiento localidad  
 a la Farmacéutica ..... con Droguería sita en ..... los **psicotrópicos**  
nombre y apellido del Director Técnico vendedor localidad  
**- estupefacientes** (tachar lo que no corresponda), cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	AUTORIDAD DE CONTRALOR
firma y sello	Nº COMPROBANTES	firma y sello	firma y sello

**DUPLICADO** - Este ejemplar debe ser archivado por el Comprador

Nº de Control
---------------

FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICION DE PSICOTROPICOS (Ley 19303/71) Y ESTUPEFACIENTES (Ley 17818/68)

El/La Farmacéutico/a que suscribe, ..... con .....  
nombre y apellido del Director Técnico comprador farmacia/droguería  
 denominada ..... sita en .....certifica haber comprado  
nombre del establecimiento localidad  
 a la Farmacéutica ..... con Droguería sita en ..... los **psicotrópicos**  
nombre y apellido del Director Técnico vendedor localidad  
**- estupefacientes** (tachar lo que no corresponda), cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	AUTORIDAD DE CONTRALOR
firma y sello	Nº COMPROBANTES	firma y sello	firma y sello

**TRIPLICADO** - Este ejemplar debe ser archivado por el Vendedor