



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914061344
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

SOLICITUD DE RECETARIOS POR TRIPLICADO

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

1. Médico Solicitante:

Nombre y Apellido: _____

DNI _____ Matrícula profesional: _____

1.1. Autorizo a retirar (*):

Nombre y Apellido: _____

DNI _____

Firma y Aclaración:

Matrícula N°:

2. Recibo

Recibí talonarios para la prescripción de estupefacientes y/o psicotrópicos que a continuación se individualizan:

Serie: _____ Numeración desde: _____ al: _____

Serie: _____ Numeración desde: _____ al: _____

Firma:

Aclaración: _____

DNI N°: _____

Fecha: _____

**Traer DNI original y fotocopia del mismo para retiro de talonarios.*