|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| DATOS DEL SOLICITANTE |
| Nombre del Profesional: |  |
| Cédula de vecindad/DPI: |  | Número de colegiado: |  |
| Dirección del domicilio: |  |
| Teléfonos: |  | E-mail o fax: |  |
| Dirección y teléfono de la clínica: |  |
| **COMPROMISO DEL PROFESIONAL SOLICITANTE** |
| Me comprometo a enviar la copia triplicada de las recetas contenidas en el talonario al término del mismo, antes de solicitar la venta de uno nuevo, mismas que me serán devueltas para guardarlas bajo mi responsabilidad.En caso de extravío o sustracción del talonario, quedo obligado a reportarlo inmediatamente a El Departamento para que esta oficina tome las medidas que considere necesarias para evitar su uso fraudulento.Firma y Sello del Profesional Solicitante |
| **PARA USO DEL DEPARTAMENTO** |
| Se hace entrega del Talonario del No. al No.  | Fecha: |
| Firma del que entrega el Talonario:  | Firma del que recibe el Talonario: |