



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
SECRETARIA MINISTERIAL DE SALUD
REGION DEL MAULE
DPTO. DE ACCION SANITARIA
UNIDAD DE PRESTADORES

Sr. Hans Lungenstrass G.
Secretario Regional Ministerial de Salud Maule:

Me permito informar a usted que yo,

--

Nombres

--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Cédula de Identidad	-	Nacionalidad	
---------------------	---	--------------	--

De profesión químico farmacéutico, domiciliado en:

--	--

Avenida, calle, etc.

Número

Comuna		Teléfono	
--------	--	----------	--

Asumo dirección técnica

Complementare dirección técnica

Marque solo una X

De farmacia		Local N°	
-------------	--	----------	--

Ubicado en

--

Comuna		Fono local	
--------	--	------------	--

A contar de (fecha)			20.....
---------------------	--	--	---------

Declaro no tener ninguna actividad incompatible con esta función, de acuerdo a lo señalado en el artículo 126 del libro VI del Código Sanitario.

Lunes a viernes	hrs.	a
-----------------	------	---

Sábado	hrs.	a
--------	------	---

Domingo y festivos	hrs.	a
--------------------	------	---

Recibo los saldos y registros oficiales de productos estupefacientes y psicotrópicos

Conforme

Disconforme

No hay existencia de estupefacientes ni psicotrópicos

Marque solo una X

Saluda atentamente a usted,

Firma

Talca, ____ de ____ de 20__