**FORMATO DE VALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo del establecimiento |  | Nombre comercial del establecimiento |  | Número de vale impreso |

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores:

Dirección Nacional de Farmacia y Drogas

Solicitamos autorización para:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Expender | □ Transferir | □ Prestar | □ Donar |
| □ Devolver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

Los siguientes productos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de Registro Sanitario del Medicamento, o de Inscripción de la Materia Prima | Nombre comercial, Concentración Forma Farmacéutica de Medicamento/Materia Prima/Patrón | Presentación Comercial | Cantidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ­­ |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Despachado por:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de Licencia de Operación  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de LESC  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Regente y  N° de idoneidad  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma | recibido por:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Establecimiento  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de Licencia de Operación  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Regente y  N° de idoneidad  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma | DPTO. DE SUSTANCIAS CONTROLADAS: Renglones autorizados \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Funcionario  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Autorización  ÁREA DE SELLO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS |

Fundamento Legal**:** Ley N° 14 del 19 de mayo de 2016

Decreto Ejecutivo N° 183 del 08 de junio de 2018

Observación: **Formato mínimo de una cara: 8½ x 11.**