PERÚ Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

DIRECCION DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

FORMATO D-3

BALANCE DEL ..... TRIMESTRE DE 20.....:

ESTUPEFACIENTE

(LISTA II A)

Exp. N°:.....

DEL REGISTRO EL ESTABLECIMIENTO Y/O TRAMITE REGISTRADO

1. CLASE **( )**

01 =FARMACIA 02 =BOTICA. 03 = FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL: .....

3. DISTRITO: ..... 4. PROVINCIA: ..... 5. TELEFONO: ……..

6. DIRECCIÓN…….....

DEL PROPIETARIO ó REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

7. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

(Si es Persona Natural)

8. NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZON SOCIAL: .....

(Si es Persona Jurídica)

9. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: .....

10.- ESPECIFICAR REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE Nº :.....

11.- DOMICILIO FISCAL:.....

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS:

12.- NOMBRES Y APELLIDOS: ..... C.Q.F.P. : .....

13.-TELEFONO: …….

INFORME DE BALANCE CORRESPONDIENTE AL…..... TRIMESTRE DEL 20.....

Producto Farmacéutico DCI – Nombre Comercial	Concentración	F.F	Saldo Anterior	Ingresos	Egresos		Saldo Actual	Nº Lote	Fecha Vencimiento
					Venta	Otros			

Nota: En el rubro V**entas** toda salida es con Receta Especial y en el rubro **Otros** consignar: **Cantidad** según Oficio autorización por saldos descartables o **Cantidad** según Documento de Canje.

PARA LOS INGRESOS:

N° Factura y/o guía de Remisión	Fecha	Cantidad	Nombre de Producto Farmacéutico, Conc. F.F

.....
FIRMA Y SELLO Q.F. DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DE DROGAS
CQFP N° .....

.....
FIRMA Y SELLO PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL