**Anexo III**

**Solicitud para Recetario Cuadruplicado AC.**

|  |
| --- |
| **Solicitud de Recetario Cuadruplicado ACNº** |
| **Asunción……de……………….del………****Dirección de Vigilancia Sanitaria****M.S.P. y B.S.****El que suscribe, Dr./Dra.………………………………………………….con C.I. Nº……………………………****Solicita la provisión de un (1) talonario de receta cuadruplicada AC.** **Firma y Sello****Se Adjunta fotocopia de C.I. y Reg. Profesional.** |
|  |