**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.** |
|  |