

**FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS (Ley 19303/1971)**

El que suscribe, **farmacéutico** ..... con .....  
nombre y apellido del Director Técnico comprador tipo de establecimiento  
 cuyo nombre es ..... sita/o en ..... certifica haber comprado al/la  
dominio, localidad y provincia

farmacéutico/a que suscribe, **GABRIELA S. TRONCOSO** con **DROGUERIA**  
nombre y apellido del Director Técnico vendedor tipo de establecimiento  
 cuyo nombre es **GRUPO DIMED** sita/o en **BUENOS AIRES 345, ALTA GRACIA, CORDOBA**  
dominio, localidad y provincia

los **PSICOTRÓPICOS**, cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	FECHA	AUTORIDAD DE CONTRALOR
<small>firma y sello</small>		<small>firma y sello</small>		<small>firma y sello</small>

**FORMULARIO OFICIAL PARA LA ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS (Ley 19303/1971)**

El que suscribe, **farmacéutico** ..... con .....  
nombre y apellido del Director Técnico comprador tipo de establecimiento  
 cuyo nombre es ..... sita/o en ..... certifica haber comprado al/la  
dominio, localidad y provincia

farmacéutico/a que suscribe, **GABRIELA S. TRONCOSO** con **DROGUERIA**  
nombre y apellido del Director Técnico vendedor tipo de establecimiento  
 cuyo nombre es **GRUPO DIMED** sita/o en **BUENOS AIRES 345, ALTA GRACIA, CORDOBA**  
dominio, localidad y provincia

los **PSICOTRÓPICOS**, cuyas cantidades se detallan a continuación:

LISTA	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN (EN MILIGRAMOS POR UNIDAD)	CANTIDAD (EN UNIDADES)

COMPRADOR	FECHA	VENDEDOR	FECHA	AUTORIDAD DE CONTRALOR
<small>firma y sello</small>		<small>firma y sello</small>		<small>firma y sello</small>