

## **ESTUPEFACIENTES**

D./DÑA.....

Con D.N.I. nº.....Licenciado/a en Farmacia, en calidad de  
..... De oficina de farmacia / almacén  
mayorista / servicio farmacéutico hospitalario, con domicilio en la calle.....

Pertenece al municipio de .....

Solicita a la Dirección General de Salud Pública ( Servicio de Ordenación Farmacéutica), un talonario oficial de vales de entrega de estupefacientes para farmacias, almacenes y servicios de farmacia hospitalaria.

Las Palmas de Gran Canaria, a .....de.....de.....

El farmacéutico responsable  
(Sello de la entidad)

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA  
SERVICIO CANARIO DE SALUD  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA