

Solicitud de **DESTRUCCIÓN DE PSICOTRÓPICOS Y-O ESTUPEFACIENTES**

FECHA:

A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:

Quien suscribe:

Titular del Establecimiento Apoderado

Nombre	
Apellido	
Domicilio	
CUIT	
Teléfono	
Mail	
Cargo	
Profesión (*)	
Matricula (*)	

Solicita por medio de la presente el **DESTRUCCIÓN DE PSICOTRÓPICOS Y-O ESTUPEFACIENTES**

Ver Anexo I

Datos del Establecimiento

Razón Social	
CUIT	
Domicilio	
Bajo la titularidad de	
CUIT	
Matricula N°	
Profesión	
Habilitado por Disposición N°	

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.

Firma del Titular

Firma y Sello del Director Médico
(Certificada)

ANEXO I

Solicitud de **DESTRUCCIÓN DE PSICOTRÓPICOS Y/O ESTUPEFACIENTES**

Datos del Establecimiento

Razón Social	
CUIT	

Solicita por medio de la presente el **DESTRUCCIÓN DE PSICOTRÓPICOS Y-O ESTUPEFACIENTES**

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS
CONSIGNADOS.**

Firma del Titular

Firma y Sello del Director Médico **(Certificada)**