XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

ANEXO I

SOLICITUDE DE AUTORIZACIÓN DE USO DE RECEITAS OFICIAIS

DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

D./D.ª: _____

DNI: _____ CNP: _____ Nº COLEXIADO: _____

ESPECIALIDADE: _____

Que desenvolve a súa actividade asistencial a pacientes do Servizo Galego de Saúde no centro _____

dependente da estrutura organizativa de xestión integrada de _____

Como:

Titular☐ Interino ☐ Temporal ☐ Substituto☐ MIR☐neste último caso indicar: duración do período de formación_____anos, e ano que cursa na actualidade, MIR-I☐MIR-II☐MIR-III☐MIR-IV☐ MIR-V☐

Solicita:

talonarios de receitas oficiais do Servizo Galego de Saúde, comprometéndose a limitar a súa utilización para as prescricións que realice aos pacientes do Sistema Nacional de Saúde atendidos ou acollidos no seu centro de traballo.

_____, ____de _____de _____

O FACULTATIVO

O RESPONSABLE DO CENTRO (indicar nome e cargo)

Asdo.:

Asdo.:

SUBDIRECCIÓN XERAL DE FARMACIA

INSTRUCIÓN 009/14