

## FORMULARIO PARA LA DISPERSIÓN PARCIAL DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

En cumplimiento de Art. 13 del Decreto No.665-12 Reglamento y Disposición de Medicamentos Ambulatorios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, d/f 7 de Diciembre del 2012

### A. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA ORIGEN

Razón Social (Nombre de la Farmacia)

Código

RNC

Dirección (Calle, No, Ciudad)

Número Telefónico (Incluir código de área)

Nombre del Representante, firma y sello

Fecha en que se expide el Formulario (DD/MM/AA)

### B. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado (Apellidos, Nombre)

Número de Seguridad Social (NSS) o Cédula.

Dirección (Calle, No, Ciudad)

Número Telefónico (Incluir código de área)

### C. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	Cantidad Entregada	Cantidad Pendiente Entrega	Número de Autorización	Fecha de Entrega (DD/MM/AA)

### D. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SEGUNDA ENTREGA)

Razón Social (Nombre de la Farmacia)

Código

RNC

Dirección (Calle, No, Ciudad)

Número Telefónico (Incluir código de área)

Nombre del Representante, firma y sello

Nombre Completo y Firma del Afiliado o su representante