

<b>FARMACIA O.F.</b>	<b>INFORME DE JUSTIFICACIÓN DE LA VENTA DIRECTA DE MEDICAMENTOS A PROFESIONALES SANITARIOS</b>	M-VDPS.02 Página 1 de 2 Rev.: 0
--------------------------	--	---------------------------------------

**INFORME DE JUSTIFICACIÓN DE LA VENTA DIRECTA DE MEDICAMENTOS A  
PROFESIONALES SANITARIOS**

<b>Identificación del profesional sanitario que solicita medicamentos</b>	
<b>Nombre y apellidos</b>	<b>DNI</b>
<b>Titulación profesional</b>	<b>Nº Colegiado</b>
<b>Identificación del Centro Sanitario en el que ejerce el profesional</b>	
<b>Nombre del Centro</b>	
<b>Tipo de Centro</b>	<b>Nº Autorización sanitaria</b>
<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>

Justifica que los siguientes medicamentos solicitados a la Oficina de Farmacia O.F. son necesarios para el desarrollo de la actividad sanitaria del Centro en base a su actividad<sup>1</sup>.

<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	

<sup>1</sup> En caso de que la indicación no esté autorizada en ficha técnica del medicamento, se deberá adjuntar documentación justificativa de su uso.

<b>FARMACIA O.F.</b>	<b>INFORME DE JUSTIFICACIÓN DE LA VENTA DIRECTA DE MEDICAMENTOS A PROFESIONALES SANITARIOS</b>	M-VDPS.02 Página 2 de 2 Rev.: 0
--------------------------	--	---------------------------------------

<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	
<b>CN</b>	<b>Medicamento</b>
<b>Indicación para la que se destina su uso</b>	
<input type="checkbox"/> Adjunta documentación justificativa	

En..... a ..... de ..... de .....

Firma del responsable del centro sanitario