

ACTA DE DECOMISO

A los días del mes de de 20....., en la delegación N° del IPC, perteneciente al (nombre del establecimiento de salud), sita en (dirección y localidad), el Director Técnico Farmacéutico (nombre y apellido), con DNI N°..... y Matrícula Provincial N°, declara que procede a la disposición de los medicamentos en(número de bolsa roja de descarte) para ser destruido mediante el método de incineración en (nombre y dirección de la empresa contratada para la disposición final de residuos patogénico), por los motivos especificados según el detalle **ANEXO** en la página 2 (y sucesivas).

No siendo este acto para más se da íntegra lectura de la presente acta que consta de tres copias: el primer original será remitido a la Unidad de Logística de Medicamentos del IPC, sito en Av. 51 N°1.120 La Plata; otro se archivará por 2 (dos) años en el Servicio de Farmacia y el último se archivará en la Dirección del Establecimiento. Firman el Director del Establecimiento, el Co- Director Técnico y el Director Técnico de la Farmacia.

.....

Firma, aclaración y matrícula
Director
Establecimiento

Firma, aclaración y matrícula
Co-Director Técnico
Farmacia

Firma, aclaración y matrícula
Director Técnico
Farmacia

Los que subscriben, con poder suficiente para este acto, manifiestan en calidad de declaración jurada y asumiendo toda la responsabilidad administrativa, civil y penal por cualquier falsedad, omisión u ocultamiento que se verifcare, que la información contenida en el presente formulario y en la documentación anexa es veraz, exacta y subsiste al tiempo de efectuarse esta presentación. El presente formulario sólo es válido con dos firmas, como mínimo.

