

Solicitud de Re-Examen Farmacéutico () Inglés () Español

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: _____ SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____

FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del secretario de hacienda por la cantidad de \$200.00 dólares. Podrás realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD
2. GIRO POSTAL por la cantidad de \$75.00 a nombre de DIDAXIS. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. **NO REEMBOLSABLES**
3. Didaxis Centro Metro, Club Rotario de Río Piedras, Urb. Caribe, 1609 Calle Ponce de León Carr. Núm. 1 de Río Piedras, P.R. 00928. Tel. (787) 223-1133. NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES. www.didaxispr.com
4. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de un (1) mes de antelación a la fecha que solicita examen. SI SOMETE CERTIFICADO EXPEDIDO POR INTERNET DEBE SOMETER LA VALIDACION DEL MISMO.
5. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado).
6. DOS SOBRES pre-dirigidos con sellos.

NOTA: NO SE PROCESARÁ LA SOLICITUD DE RE-EXAMEN, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.

Certificado Médico

YO, _____, médico autorizado
NOMBRE DEL MÉDICO

a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida
por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certificó que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO AUTORIZADO

Junta de Farmacia de Puerto Rico
Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

Información Personal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Inicial
Seguro Social *Últimos 4 dígitos	Fecha de Nacimiento dd/mm/yyyy	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular	Teléfono Hogar	Teléfono Trabajo
------------------	----------------	------------------

Correo Electrónico: Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen:

LEGISLACION FARMACEUTICA

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____ **Recinto:** _____
Fecha de Graduación: _____

Para uso de la ORCPS:

Certificado Permanente: _____
Fecha: _____ **Visto Bueno:** _____

