Ephedrine / Pseudoephedrine
Diario de Localizacion de Ventas

Nombre de Negocio_____ Numero de Tienda_____ Numero de Telefono_____

TODO LOS ARTICULOS EN LETRA NEGRILLA TIENE QUE SER LLENADO

Fecha de hoy	**Nombre (*LETRA MOLDE*)**	**Fecha de Nacimiento**	**Numero de ID Y Estado**	**Direccion (Incluya Ciudad, Estado, y Codigo Postal)**	**Articulo Comprado**	**Cantidad Comprada**

Mande por correo o fax los diarios completados al Departamento de Ejecucion de Drogas del Departamento de Policia de Phoenix cada dia 10 del mes de las ventas del mes anterior.

FAX 602-431-2134