



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

FORMATO DE ORIENTACIÓN V

COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE :

- A) BOTICA
- B) FARMACIA
- C) FARMACIA DE ESTAB DE SALUD
- D) DROGUERIA (DROG)
- E) ALMACEN ESPECIALIZADO (AE)
- F) BOTIQUIN

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

NOMBRE COMERCIAL

RAZON SOCIAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO / DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (DROG Y AE)

CALLE/ JIRON/ AVENIDA N° INT.

URB./AA.HH./PP.JJ. MZ. LOTE

DISTRITO PROV DPTO

TELEFONO

DIRECCIÓN DEL ALMACÉN (Según lo autorizado)

CALLE/ JIRON/ AVENIDA N° INT.

URB./AA.HH./PP.JJ. MZ. LOTE

DISTRITO PROV DPTO

TELEFONO

INFORMACION DEL DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDOS NOMBRES

COLEGIATURA.....N° DNI TELEF

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCION DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO CON BUENA FÉ, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1,7 LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACION , CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CODIGO PENAL

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR TÉCNICO

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPR. LEGAL
DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO