



FORMATO A-3
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

AMPLIACIÓN O MODIFICACION DE AREAS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA BOTICA BOTIQUIN FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO: 6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)
7a URB./AA.HH:

8. NÚMERO 9. INTERIOR 10. MANZANA 11. LOTE

12. DOMICILIO FISCAL

13. REFERENCIA: 14. TELEFONO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

16. TELEFONO

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011-SA "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo..." "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico.

18. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

19. DETALLE EL AREA QUE VA AMPLIAR:

ADJUNTAR CROQUIS EN METRAJE, EN FORMATO A-3, según lo establecido en el Art. 18° del D.S. N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias.

20. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

email

21. N° DE CONSTANCIA DE PAGO 22. DÍA DE PAGO

23. REQUISITOS

1. Solicitud con carácter de declaración jurada, según formato.
2. Croquis de distribución interna del establecimiento farmacéutico, incluyendo las áreas a ampliar, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3.
3. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/159.00).
4. En el caso que en la oficina farmacéutica se fueran a elaborar preparados farmacéuticos, el interesado debe presentar, además de los requisitos del numeral 2, el croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A3.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma y sello del Director Técnico

Firma del propietario o Representante Legal y sello del Establecimiento Farmacéutico

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.