



FORMATO B
Solicitud - Declaración Jurada

CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFICINA FARMACEUTICA

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA 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

17. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

email

18. N° DE CONSTANCIA DE PAGO 19. DÍA DE PAGO

20. INFORMACION DEL QUIMICO FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

21. REQUISITOS

- 1 Solicitud con carácter de declaración jurada, según formato.
- 2 Comprobante de pago de derecho de trámite (S/237.00).

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.