



FORMATO C-4

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA AMPLIACION DE:

a) ALMACEN DE DROGUERIA

b) ALMACEN ESPECIALIZADO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

CATEGORIA: DROGUERIA

ALMACEN ESPECIALIZADO

1. NOMBRE COMERCIAL:

2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (segun lo autorizado ante GERESA CUSCO)

5a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

5c. DISTRITO:

5d. PROV.:

5e. DPTO.:

5f. Referencia:

5g. TELF.:

6. DIRECCION DEL AMACEN AUTORIZADO ANTE GERESA CUSCO

6a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

6c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

6.f. REFERENCIA:

7. ALMACEN N°: _____ (En caso de contar con más de un almacen autorizado)

7a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

7c. DISTRITO:

7d. PROV.:

7e. DPTO.:

7f. REFERENCIA:

8. INFORMACION DEL ALMACEN A AMPLIAR (SEGUN LO CONSIGNADO EN EL RUC/SUNAT)

8a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

8b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

8c. DISTRITO:

8d. PROV.:

8e. DPTO.:

8f. REFERENCIA:

8g. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (EN CASO DE MARCAR SI)**8h. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: 8i. RAZÓN SOCIAL: 8j. NOMBRE COMERCIAL: 8k. DIRECCION: 8l. REFERENCIA: **9. INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**9a. APELLIDOS: NOMBRES: C.Q.F.P. N° email DNI TF: **10. REQUISITOS**

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Croquis de distribución interna del amacén, indicando el volume útil del almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusive o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
3. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/294.00)

Número de Constancia de pago Fecha de pago

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