DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

FORMATO
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
Solicitud de Carácter de Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

VISACIÓN DEL LIBRO OFICIAL DE OCURRENCIAS

N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO

a) OFICINA FARMACÉUTICA: ☐ **c) ALMACÉN ESPECIALIZADO:** ☐

BOTICA ☐ FARMACIA ☐

b) FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD: ☐ **d) DROGUERÍA:** ☐

2. NOMBRE COMERCIAL:

(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL:

4. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. CALLE: (Av, Jr, Carr):

6. NÚMERO: **7. INTERIOR:** **8. MANZANA:** **9. LOTE:**

10. URB./AA.HH:

11. DISTRITO: **12 PROVINCIA:**

13. DOMICILIO FISCAL:

14. CORREO ELECTRONICO DEL EEF: **15. CEL.:**

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS: NOMBRES:

17 DNI. N°: **18 Email:** **19 CEL.:**

20 DOMICILIO FISCAL:

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

21 DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

22 C.Q.F.P. N°: **23 Email:** **24 CEL.:**

INFORMACIÓN DEL LIBRO A VISAR

25 NÚMERO DE LIBRO: **26 OBSERVACIONES:**

SE ADJUNTA

27 LIBRO A VISAR: ☐ **29 RECIBO DE PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE:** ☐

28 LIBRO ANTERIOR, SI CORRESPONDE (PARA EL TRASLADO DE SALDOS): ☐

Sello y firma del Director Técnico	Sello y firma del Propietario o Representante Legal	Sello del Establecimiento Farmacéutico
N° C.Q.F.P:	**DNI N°:**	