



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE
REGISTRO ELECTRÓNICO DE:

- a) ESTUPEFACIENTE IIA
- b) PSICOTRÓPICO (IIIA, IIIB, IIIC)
- c) PRODUCTOS DE LA LISTA IVB

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 REGISTRO ELECTRÓNICO

25 CATEGORIA:

ESTUPEFACIENTE IIA

PSICOTRÓPICO (IIIA, IIIB, IIIC)

PRODUCTOS DE LA LISTA IVB

26 TIPO DE SISTEMA COMPUTARIZADO:

OBSERVACIONES:



SE ADJUNTA

27 MODELO DEL REPORTE DEL SISTEMA COMPUTARIZADO (DEBE CUMPLIR CON EL ARTÍCULO 47° DEL D.S 023-2001 SA):

28 DECLARACIÓN JURADA:

Sello y firma del Director Técnico

N° C.Q.F.P:

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

DNI N°:

Sello del Establecimiento
Farmacéutico