



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) CERTIFICACIÓN
b) RENOVACIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO

a) OFICINA FARMACÉUTICA: BOTICA FARMACIA

c) ALMACÉN ESPECIALIZADO:

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.:

16 HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17 PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS: NOMBRES:

18 DNI. N°: 19 Email: 20 CEL.:

21 DOMICILIO FISCAL:

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

22 DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

23 C.Q.F.P. N°: 24 Email: 25 CEL.:



26 HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

27 ASISTENTE TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

28 C.Q.F.P. N°: 29 Email: 30 CEL.:

31 HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

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 del 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.

Sello y firma del
Director Técnico
N° C.Q.F.P:

Sello y firma del
Q.F. Asistente
N° C.Q.F.P:

Sello y firma del Propietario
o Representante Legal
DNI N°:

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 EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS, REGIÓN DE SALUD DE MADRE DE DIOS.