



DIRECCIÓN 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 RECETAS

N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO

a) OFICINA FARMACEUTICA:

☐

c) ALMACEN ESPECIALIZADO:

☐

BOTICA

☐

FARMACIA

☐

b) FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

☐

d) DROGUERIA:

☐

2. NOMBRE COMERCIAL:

(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO 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 TRAMITE:

☐

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

☐

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