



FORMATO A

SOLICITA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS, MODIFICACIONES Ó DE AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN DECLARADA EN EL INICIO DE ACTIVIDADES DE LO SIGUIENTE:

- NOMBRE COMERCIAL
- HORARIO DEL ESTABLECIMIENTO
- HORARIO DEL Q.F.
- CLASE
- ACTIVIDADES.
- REPRESENTANTE LEGAL
- OTROS.....

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
S.D.

Yo, propietario () o representante legal () del establecimiento farmacéutico., solicito Autorización Sanitaria de cambios, modificaciones ó de ampliación de información declarada en el inicio de actividades:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

- 1.- RAZON SOCIAL:
 - 2.- NOMBRE COMERCIAL:
 - 3.- CLASE: (01) FARMACIA, (02) BOTICA, (03) DROGUERIA, (04) SERVICIO DE FARMACIA (05)
 - 4.- PROVINCIA..... 5.- DISTRITO.....
 - 6.- CALLE (AVENIDA, JIRON, CARRETERA):.....
 - 7.- NUMERO..... 8.- Interior, Manzana, Lote.....
 - OTRA REF..... 10.- TELEFONO..... 11.- CELULAR.....
 - 12.- HORARIO DE ATENCION DEL ESTABLECIMIENTO.....
- DIAS
-
- HORAS

DATOS DEL PROPIETARIO (PERSONA NATURAL) O REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA JURÍDICA):

- 13.- APELLIDOS NOMBRES:
- 14.- REPRESENTANTE LEGAL (En caso de, persona jurídica):.....
- 15.- REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE (RUC):
- 16.- DOMICILIO FISCAL:

DATOS DEL (LOS) QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) QUE ASUMEN EL CARGO:

- 17.- **QUIMICO FARMACEUTICO**
 - A).- APELLIDOS Y NOMBRES:
 - Cargo en el Establecimiento Farmacéutico: **REGISTRO DEMID Nº**.....
 - DOMICILIO: Nº D.N.I.....
 - Nº DE COLEGIATURA..... **HORARIO DE TRABAJO**.....
- DIAS
-
- HORAS

.....
SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

.....
SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

.....
Firma del Propietario y/o Representante Legal
Nº DNI:
Y sello de la empresa



QUIMICO FARMACEUTICO

A).- APELLIDOS Y NOMBRES:
Cargo en el Establecimiento Farmacéutico: **REGISTRÓ DEMID N°**
DOMICILIO: N° D.N.I.
N° DE COLEGIATURA. **HORARIO DE TRABAJO**
..... **DIAS**
.....
..... **HORAS**

DATOS DEL PERSONAL TECNICO y/o AUXILIAR (con capacitación técnica para el almacenamiento y expendio de medicamentos)

A).- APELLIDOS Y NOMBRES:
FECHA Y N° TITULO
INSTITUTO DE LA QUE EGRESO:
AÑOS DE ESTUDIO: CONSTANCIA DE ESTUDIO (si recién está estudiando) SI () NO ()
HORARIO DE TRABAJO
..... **DIAS Y HORAS**

SE ADJUNTA:

- **COMPROBANTE DE PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE(S/71.48)**

LO EXPUESTO, SE DECLARA BASADO EN EL PRINCIPIO DE VERACIDAD CONSAGRADO EN LAS NORMAS VIGENTES, TAMBIÉN DECLARAMOS CONOCER LAS NORMAS CONCERNIENTES AL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS.

ASIMISMO TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO SERÁ PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID)-DIRESA JUNIN.

Por tanto, solicito a Ud. Señor Director, la Autorización Sanitaria de cambios, modificaciones ó de ampliación de información declarada en el inicio de actividades.

..... de del 20.....
(Lugar) (Día) (Mes)

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

.....
Firma del Propietario y/o Representante Legal
N° DNI:
Y sello de la empresa

NOTA: LA INFORMACION DEBE SER ESCRITA EN FORMA CLARA Y LEGIBLE CON UN SOLO COLOR DE LAPICERO (AZUL O NEGRO), SIN BORRONES O ENMENDADURAS, DE LO CONTRARIO EL FORMATO NO TENDRÁ VALIDEZ.