

## **AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN** **VÍA CORREO ELECTRÓNICO**

Yo, ..... Propietario y/o

Representante Legal del Establecimiento Farmacéutico con Nombre Comercial: .....

....., con RUC N° .....; identificado

con DNI N° ....., domiciliado en (domicilio actual, no la dirección del establecimiento)

..... referencia .....

....., distrito ....., provincia

....., Departamento ..... Teléfono Celular .....

Mediante el presente documento autorizo expresamente que las comunicaciones y/o resoluciones emitidas por la Dirección de Inspección y Certificación (DICER) y/o Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DEMID), de la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA), se me notifique a través del correo electrónico ....., de conformidad con lo establecido por el numeral 20.4 del artículo 20° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

### **ME COMPROMETO:**

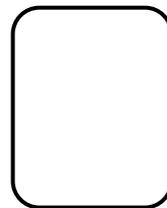
- Realizar un acuse de recibo en señal de recepción de las resoluciones, comunicaciones u otras notificaciones enviadas por la DICER y/o DEMID a mi correo electrónico.
- Recibir en forma física en el domicilio señalado los documentos mencionados en el párrafo anterior, dejando constancia escrita de su recepción con firma y fecha.
- Comunicar a DICER y/o DEMID la realización de cambio de mi correo electrónico o domicilio señalado, dentro de los 05 días calendario de realizado. De no comunicarlos se entenderá notificado en los correos electrónicos y domicilio autorizados anteriormente.

Firmo la presente en señal de conformidad,

**Huancayo, ..... de ..... de 20.....**

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**