



FORMATO P

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

N° DE EXPEDIENTE:
FECHA:

COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:

DIRECCIÓN TÉCNICA

QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA BOTIQUIN FARMACIA FARMACIA ESPECIALIZADA
 FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DROGUERIA ALMACEN ESPECIALIZADO

2. NOMBRE COMERCIAL: _____
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL: _____

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: _____

5. DISTRITO: _____ 6. PROVINCIA: _____

7. CALLE: (Av, Jr, Carr) _____

8. URB./AA.HH: _____

9. NÚMERO _____ 10. INTERIOR _____ 11. MANZANA _____ 12. LOTE _____

13. DOMICILIO FISCAL _____

14. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	

15. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF _____ 16. TELEFONO _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

18. DNI _____ CELULAR _____

19. CORREO ELECTRONICO _____

INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO

DE ACUERDO AL ART.41 DEL D.S. N° 014-2011 "EL DIRECTOR TÉCNICO DEBE PERMANECER EN EL ESTABLECIMIENTO DURANTE LAS HORAS DE FUNCIONAMIENTO DEL MISMO..." "SOLO DEBE EXISTIR UN DIRECTOR TÉCNICO POR ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO EL MISMO QUE DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 12° PRESENTE REGLAMENTO"; POR LO QUE DEBERÁ LLENAR LOS DATOS DECLARADOS DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS ASISTENTES QUE PERMANECERÁN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO DURANTE EL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. ASIMISMO, DEBERÁ INDICAR SI EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO SE COMERCIALIZAN PRODUCTOS CONTROLADOS.

20. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL QUE ASUMIRÁ EL CARGO:

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

C.Q.F.P. N°: _____ DNI _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO _____

21. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	

22. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
 ESTUPEFACIENTE
 NO

23. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB
 NO

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 DE 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 o Químico Asistente

 Firma del Propietario o Representante Legal
 y sello del establecimiento farmacéutico