



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

- CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN.
- CUMPLIMIENTO DEL D.S.021-2001-S.A. Y LA LEY N° 29459 - LEY DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

Yo.....propietario ó representante legal del
establecimiento farmacéutico:identificado con DNI N°
domiciliado en distrito de provincia de
y yo....., químico-farmacéutico, identificado con DNI
N° domiciliado en distrito de Provincia
de.....colegiado con N° Registrado en la DEMID-DIRESA JUNIN, con el N°

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Por tanto asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

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

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



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

- **ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.**

Yo, , químico-farmacéutico,
identificado con DNI N° domiciliado en
..... , distrito de , provincia de ,
colegiado con N° , declaro bajo juramento que:

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

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

**HUELLA DIGITAL
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

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



- CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO
- CUMPLIMIENTO DEL D.S.021-2001-S.A. Y LA LEY N° 29459 - LEY DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

Yo, propietario ó representante legal del
establecimiento farmacéutico: identificado con DNI N°
domiciliado en distrito de provincia de
y yo químico-farmacéutico, identificado con DNI
N° domiciliado en distrito de Provincia
de colegiado con N° Registrado en la DEMID-DIRESA JUNIN, con el N°

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a:

.....

.....

.....

.....

.....

DEVID JUNIN

Por tanto asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

SELO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

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



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

- ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.

Yo, , químico-farmacéutico,
identificado con DNI N° domiciliado en
..... , distrito de provincia de
colegiado con N° , declaro bajo juramento que:

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

HUELLA DIGITAL
QUÍMICO FARMACÉUTICO

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



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

➤ CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN

Yo.....representante legal del
establecimiento farmacéutico:.....identificado con DNI N°.....
domiciliado en....., distrito de....., provincia de.....
y yo....., personal a cargo del Botiquín, identificado con
DNI N°....., domiciliado en....., distrito de.....
Provincia de.....

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Por tanto asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

.....
SELLO Y FIRMA
DEL PERSONAL A CARGO DEL BOTIQUÍN

.....
Firma del Representante Legal
N° DNI:
Y sello de la empresa