



## FORMATO "D" SE SOLICITA:

### ( ) AUTORIZACIÓN SANITARIA DE AMPLIACIÓN DEL ALMACÉN DE DROGUERIA

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

Yo, ..... propietario ( ) o representante legal ( ) del  
establecimiento farmacéutico. ...., solicito Autorización Sanitaria  
de Ampliación de Almacén del mencionado establecimiento:

#### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

- 1.- RAZON SOCIAL: .....
- 2.- NOMBRE COMERCIAL: .....
- 3.- CLASE: DROGUERIA .....
- 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. ....

DÍAS Y 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

- 18.- 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



**SE ADJUNTA:**

- **COPIA DEL RUC**
- **CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL LOCAL**
- **AMPLIACIÓN DEL CONTRATO POR SERVICIO DE TERCERO CUANDO CORRESPONDA**
- **COMPROBANTE DE PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE(S/.263.10)**

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 VARIACION 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 Autorizacion Sanitaria de ampliación del Almacén de la Droguería en mención.

..... 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.**