

FORMATO I

SE SOLICITA:

- () AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CIERRE TEMPORAL DE
() AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CIERRE DEFINITIVO DE
DROGUERÍA.....

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

Yo,, propietario(a) ó representante legal del establecimiento farmacéutico, **solicito Autorización Sanitaria de Cierre Definitivo () ó Temporal ()** de mi representada con los siguiente datos:

DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

- 1.- RAZÓN SOCIAL:
2.- NOMBRE COMERCIAL:
3.- PROVINCIA..... 4.- DISTRITO..... 5.- CALLE (AV., JR., CARRETERA):
6.-NUMERO..... 7.- Int., MZ, LT.....
8.- TELEFONO..... 9.-CELULAR.....

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

- 10.- PROPIETARIO (si es persona natural):.....
11.- REPRESENTANTE LEGAL (En caso de, persona jurídica):
12.- REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE (RUC):
13.- DOMICILIO DEL PROPIETARIO Ó REPRESENTANTE LEGAL.....

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO (No aplica botiquines):

- 14.- APELLIDOS Y NOMBRES:
Cargo en el Establecimiento Farmacéutico: **REGISTRO DEMID Nº**
UNIVERSIDAD DE LA QUE EGRESO:
Nº DE COLEGIATURA.

SE ADJUNTA:

- DOCUMENTO QUE ACREDITE HABER ENTREGADO A LA AUTORIDAD DE SALUD CORRESPONDIENTE, CON 15 DÍAS DE ANTICIPACIÓN AL CIERRE, LAS SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O LOS MEDICAMENTOS QUE LO CONTIENEN, O DE HABER COMUNICADO SU NO EXISTENCIA, EN CASO DE CIERRE DEFINITIVO.
- COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHO DE TRÁMITE.(S/. 73.73)

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

Por tanto, solicito a Ud. Señor Director, la Autorización Sanitaria del Cierre Definitivo () ó Temporal () del establecimiento farmacéutico en mención.

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

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

.....
SELLO Y FIRMA
QUÍMICO FARMACÉUTICO

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.