



FORMATO Q

**SOLICITO: AUTORIZACION SANITARIA DE NUEVA
REGENCIA (DIRECCIÓN TÉCNICA) DE LA:
DROGUERIA.....**

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

Yo, propietario () ó representante
legal () del establecimiento farmacéutico, **solicito Autorización Sanitaria de nueva Regencia (Dirección
Técnica)** de mi representada con los siguiente datos:

DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

- 1.- RAZON SOCIAL:
 - 2.- NOMBRE COMERCIAL:
 - 3.- PROVINCIA: DISTRITO:
 - 4.- CALLE (AVENIDA, JIRON, CARRETERA):
 - 5.- NUMERO.....6.- Interior, Manzana, Lote. 7.- URBANIZACION.
 - 8.- OTRA REF.....
 - 9.- TELEFONO.....10.- CELULAR.
 - 11.- HORARIO DE ATENCION DEL ESTABLECIMIENTO.
- DIAS
- HORAS

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

- 12.- APELLIDOS Y NOMBRES (En caso de, persona natural):
- 13.- REPRESENTANTE LEGAL (En caso de, persona jurídica):
- 14.- REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE (RUC):

DEL (LOS) QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) , QUE ASUMEN EL CARGO:

QUIMICO FARMACEUTICO

- A).- APELLIDOS Y NOMBRES:
 - Cargo en el Establecimiento Farmacéutico: REGISTRÓ DEMID N°
 - UNIVERSIDAD DE LA QUE EGRESO:
 - N° DE COLEGIATURA. HORARIO DE TRABAJO.
- DIAS Y HORAS

QUIMICO FARMACEUTICO

- A).- APELLIDOS Y NOMBRES:
- Cargo en el Establecimiento Farmacéutico: REGISTRÓ DEMID N°
- UNIVERSIDAD DE LA QUE EGRESO:
- N° DE COLEGIATURA. HORARIO DE TRABAJO.

SE ADJUNTA:

- COPIA DEL CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL DEL Q.F. REGENTE (DIRECTOR TÉCNICO).
- COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHO DE TRÁMITE.(S/. 72.53)

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.

ASIMISMO TODA VARIACION O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO SERÁ PREVIA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID)-DIRESA JUNIN.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE JUNIN
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



Por tanto, solicito a Ud. Señor Director, la **Autorización Sanitaria para Regencia (Dirección Técnica)** de mi establecimiento farmacéutico 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.