

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

**SOLICITO: LEVANTAMIENTO DE CIERRE
TEMPORALPOR MEDIDA DE SEGURIDAD
SANITARIA**

SR.

Dr.

DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNÍN

ATENCIÓN A: DICER-DEMID

Yo, Representante
Legal y/o Propietario del Establecimiento Farmacéutico
....., con RUC:, ubicado en
....., distrito
..... provincia departamento de Junín,
con correo electrónico (del Establecimiento) y
Número Telefónico; ante Ud., respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo subsanado las observaciones consignadas en el Acta de Inspección N°
....., de fecha, donde se dispuso el Cierre Temporal
de mi Establecimiento Farmacéutico por Medida de Seguridad Sanitaria y se ratificó con Resolución
Administrativa N°-DRSJ-DEMID/DICER, de fecha; solicito,
se me programe la inspección de Levantamiento de Cierre.

Por lo expuesto:

Pido a usted señor Director acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, de del 20.....

FIRMA Y SELLO
PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL
DNI N°