

			
<p align="center">SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Ó RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DE BUENAS PRÁCTICAS DE FARMACOVIGILANCIA.</p> <p>EXPEDIENTE:</p> <p>FECHA:</p>			
PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA			
DROGUERÍA <input type="checkbox"/>		ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
2. RAZÓN SOCIAL	3. NOMBRE COMERCIAL	4. R.U.C. N°	
5. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO:			
6. UBICACIÓN Av./Calle/Jr.		7. N°/Mz/Lt	8. REFERENCIA
9. URBANIZACIÓN	10. DISTRITO		11. PROVINCIA
12. DEPARTAMENTO	13. TELÉFONO Y/O CELULAR	14. FAX	15. CORREO ELECTRÓNICO
16. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO: DE:			
DÍAS			
HORAS			
17. HORARIO DE TRABAJO DEL DIRECTOR TÉCNICO:		18. HORARIO DE TRABAJO DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:	
DÍAS		DÍAS	
HORAS		HORAS	
SI EL ALMACEN O PLANTA DE PRODUCCIÓN SE ENCUENTRA EN OTRO LOCAL			
19. Av./Calle/Jr.		20. N°/Mz/Lt	21. REFERENCIA
22. URBANIZACIÓN	23. DISTRITO		24. PROVINCIA
25. DEPARTAMENTO	26. TELÉFONO	27. FAX	28. CORREO ELECTRÓNICO
PARTE II. TRAMITE SOLICITADO			
CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>		RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTOS			FOLIO DEL AL.....

NOTA: Debera rellenarse toda la información requerida a responsabilidad del Propietario y/o Representante legal y del Director Técnico (Químico Farmacéutico del EE.FF.). La inspección se llevara dentro de los plazos establecidos.

DIRECTOR TÉCNICO
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° DE COLEGIATURA

PROPIETARIO Ó REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO