

			
		SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Ó RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFICINA FARMACÉUTICA	
		EXPEDIENTE: FECHA:	
PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA			
BOTICA <input type="checkbox"/>		FARMACIA <input type="checkbox"/> FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <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	
PARTE II. TRAMITE SOLICITADO			
CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>		RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTOS		FOLIO DEL AL	
COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHO DE TRÁMITE (S/.337,20)			
OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA			

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 Y/ O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO