



SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN ☐ Ó RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN ☐ DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

EXPEDIENTE:

FECHA:

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA

DROGUERÍA ☐

ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

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 Y/O CELULAR

27. FAX

28. CORREO ELECTRÓNICO

PARTE II. TRAMITE SOLICITADO

CERTIFICACIÓN ☐

RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN ☐

DOCUMENTOS

FOLIO DEL AL

COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHO DE TRÁMITE (S/. 340.10)

OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA:

TEMPERATURA DE ALMACENAMIENTO:

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