FORMATO "A-1"

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

SOLICITA SE REGISTRE LO SIGUIENTE:

NUEVA DIRECCIÓN TÉCNICA ☐

QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE ☐

RENUNCIA A DIRECCIÓN TÉCNICA Y/O REGENCIA ☐

RENUNCIA QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE ☐

DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

Exp. Nº:……

DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE ( )

01 = FARMACIA 02 = BOTICA 03 = SERVICO DE FARMACIA

2. NOMBRE COMERCIAL:…….....
(SEGÚN RUC)

3. DISTRITO:……..….4. PROVINCIA:……..…….....

5. CALLE (Avenida, Jirón, Carretera) ……...……

6. NÚMERO:……..7. INTERIOR:……..8. MANZANA:……..…9.LOTE:……...…10. TELEFONO:……....…….……..

11. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:……..…….…
(Días:)

……..……..
(Horas)

DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

12. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

(Si es Persona Natural)

13. NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZON SOCIAL: .....

(Si es Persona Jurídica)

14. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: .....

15. FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: .....

16. N° DE REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE: .....

17. DOMICILIO FISCAL:.....

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:

18. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

19. C.Q.F.P.: .....…… REGISTRO DIREMID Nº:.....…….....

20. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
	A:	DE:	A:

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

18. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

19. C.Q.F.P.: .....…… REGISTRO DIREMID Nº:.....…….....

20. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
	A:	DE:	A:

Lo cual declaro en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consagrado en el Art. IV inciso 1.7, Ley de Procedimiento Administrativo General; expresando así mismo conocer consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración. Conforme regula el Art. 441º del Colegio Penal.

21. CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA:……

……
Químico Farmacéutico Director Técnico
Nº C.Q.F.P.: ....…….....

……
Químico Farmacéutico Asistente

Nº C.Q.F.P.: ....…….....

……..
Nombre completo, Firma del Rep. Legal y Sello de la Empresa

Nº D.N.I.: …….....

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO – DIREMID – DFCVS

DECLARACION JURADA

❖ DE SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN SANITARIA: ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS Y OTROS.

Yo,……..…….

identificado con DNI Nº ……..….……., CQFP Nº……..…y/o colegio…….…….……

Registrado en la DIRESA HUANUCO – DEMID – DFCVS, domiciliado en …….……

Distrito……..……Provincia…….…… Departamento de Huánuco.

Marca con (X) según sea el caso:

ASUMO NUEVA DIRECCIÓN TÉCNICA (….)

RENUNCIO A LA DIRECCIÓN TÉCNICA (…..)

del Establecimiento Farmacéutico con nombre comercial …….…..……

Con razón Social……..……

ubicado en el……..Distrito…….

Provincia……..Departamento de Huánuco.

Por lo tanto, declaro bajo juramento que:……..……

…….

……

……

……

……

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

Lugar……, ……de……del 201….

……..
Q.F. DIRECTOR TÉCNICO
Nº C.Q.F.P……

HUELLA DIGITAL.....