PERÚ Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO DE ORIENTACIÓN

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

a) BOTICA ☐

b) FARMACIA ☐

c) FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD ☐

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORÍA: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD ☐

1. **REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:** _____ **N°. REGISTRO DE EF** _____
2. **NOMBRE COMERCIAL:** _____
3. **RAZÓN SOCIAL:** _____
4. **PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:**

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

Correo Electrónico: _____

5. **DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado):**

5a. Calle / Jirón / Avenida:		N°:	INT.:
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
5c. DISTRITO:	**5d.** PROV.:	**5e.** DPTO.:	
5f. Telefono:			

6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

C.Q.F.P. N°: _____ **email** _____ **DNI:** _____ **TF:** _____

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON 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. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma y Sello del Director Tecnico

Firma del Propietario o Representante Legal y Sello del Establecimiento Farmacéutico

DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS – DIRIS LIMA ESTE
Telf. (01) 743-9889 Anexo 3230 / 3231
Av. César Vallejo S/N Cuadra 13 - El Agustino