

DECLARACIÓN JURADA

Yo, identificado con
DNI N°, domiciliado en,
distrito de, propietario del **establecimiento farmacéutico**:
....., con **RUC N°**, **ubicado en**
.....,
distrito de, habiendo contado con la Dirección Técnica del profesional
Químico Farmacéutico,
con CQFP N°, declaro bajo juramento no contar con existencia de productos
farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

En señal de conformidad firmo la presente.

Lima,..... de..... del año 20.....

FIRMA DEL PROPIETARIO Y SELLO DEL EE.FF

DNI N°.....