



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO LC

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

LICENCIA PARA COMERCIALIZACIÓN DE DERIVADOS DE CANNABIS PARA USO MEDICINAL

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1 CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO

BOTICA Y/O FARMACIA

FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

3 N° REGISTRO DEL EF

4. RAZON SOCIAL:

5. NOMBRE COMERCIAL:

INFORMACIÓN DEL-PROPIETARIO (Cuando corresponda):

6. APELLIDOS:

NOMBRES:

7. REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

EMAIL

TELEFONO:

8. QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO :

APELLIDOS:

NOMBRES:

N° C.Q.F.P ú
otro Profesional:

9. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO:

Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

DISTRITO:

PROV.:

DPTO.:

10. RELACION DE PRODUCTOS A COMERCIALIZAR

ESPECIALIDAD FARMACEUTICA

MEDICAMENTO HERBARIO

PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD

PREPARADO FARMACEUTICO DERIVADO DE CANNABIS

11. N° DE COMPROBANTE DE PAGO:

FECHA DE EMISION:

DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DIRIS LIMA ESTE

Telf. 3631107 -3631160 Anexo: 245

Av. César Vallejo S/N Cuadra 13 - El Agustino

12 REQUISITOS ADJUNTOS

1. Declaración jurada de comercialización exclusiva a pacientes registrados como usuarios del cannabis y derivados para uso medicinal y terapeutico.
2. Copia del protocolo de seguridad aprobado por el MININTER de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.
(Decreto Supremo N° 005-2019-SA)
3. Declaración jurada del representante legal y de personas vinculadas con la seguridad y manipulación de no contar con antecedentes policiales, penales y judiciales por delito de tráfico ilícito de drogas y conexos.

EN CASO DE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN O EN LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA, LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA PODRA INICIAR LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS SANCIONATORIAS, ADEMÁS DE SOLICITAR A LA PROCURADURÍA PUBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD EL INICIO DE LAS ACCIONES PENALES CORRESPONDIENTES.

Firma del Director Técnico

**Firma del Representante Legal
del Establecimiento Farmacéutico**