



FORMATO DE ORIENTACIÓN COMUNICACIÓN DE CAMBIOS O AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DECLARADA

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

- a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL
- b) CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL EE.FF.
- c) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL EE.FF.
- d) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
- e) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL D.T./ Q.F. ASISTENTE
- f) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL EE.FF.
- g) OTROS.....

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (según lo autorizado por la DIRIS)

CATEGORIA: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

2. N° REGISTRO DEL ESTABLECIMIENTO:

3. NOMBRE COMERCIAL:

4. RAZÓN SOCIAL:

5. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

6. CORREO ELECTRÓNICO DEL EF:

7. TELEFONO:

8. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (según lo autorizado)

8a Calle/ Jirón /Avenida:

N°

Int.

8b URB./AA.HH/PPJJ.:

Mz.

Lote:

8c Distrito:

Provincia:

Dpto.

9. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐

LUNES

☐

VIERNES

☐

MARTES

☐

SÁBADO

☐

MIÉRCOLES

☐

DOMINGO

☐

JUEVES

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

10. DIRECTOR TÉCNICO / QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P.

DNI

TF:

11. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐

LUNES

☐

VIERNES

☐

MARTES

☐

SÁBADO

☐

MIÉRCOLES

☐

DOMINGO

☐

JUEVES

12. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI

PSICOTROPICO LISTA IVB

NO

13. DATOS ANTERIORES (SOLO LLENE EL DATO ANTERIOR QUE SE ENCONTRABA REGISTRADO)

REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR:

NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR

DIRECCIÓN ANTERIOR

HORARIO ANTERIOR DEL DIRECTOR

HORARIO ANTERIOR DEL Q.F. AST.

CORREO ELECTRÓNICO ANTERIOR:

OTROS CAMBIOS

14. ADJUNTAR:

1 Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MENCIONADO 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 FALSIDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal
del Establecimiento Farmacéutico