



PERÚ

Ministerio
de SaludSecretaría
de Promoción y
Regulación en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Uma Norte

FORMATO DE ORIENTACIÓN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES

a) BOTICA

☐

b) FARMACIA

☐

c) FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORIA: BOTICA ☐FARMACIA ☐FARMACIA DEL ESTAB. DE SALUD ☐

1. REGISTRO UNICOD DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

N° REGISTRO EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZÓN SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

4a. 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. Teléfono:

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. IVINCISO 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 Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
Y Sello del Establecimiento Farmacéutico