



FORMATO A-7
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LAS DROGUERÍAS QUE ENCARGUEN EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO A OTRAS DROGUERIAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIRESA-CALLAO)

CATEGORÍA: DROGUERÍA ALMACEN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS: NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIRESA-CALLAO):

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------|------------|----------------------|---------------|----------------------|
| 5a. Calle / Jirón / Avenida: | <input type="text"/> | N°: | <input type="text"/> | INT.: | <input type="text"/> |
| 5b. URB./AA.HH./PP.JJ.: | <input type="text"/> | MZ. | <input type="text"/> | LOTE.: | <input type="text"/> |
| 5c. DISTRITO: | <input type="text"/> | 5d. PROV.: | <input type="text"/> | 5e. DPTO.: | <input type="text"/> |
| 5f. Correo Electrónico: | <input type="text"/> | | | 5g. Teléfono: | <input type="text"/> |

6. INFORMACIÓN DEL ALMACÉN O ALMACENES QUE ENCARGA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO

(Según lo autorizado)

ALMACEN N°:

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|
| 6a. Calle / Jirón / Avenida: | <input type="text"/> | N°: | <input type="text"/> | INT.: | <input type="text"/> |
| 6b. URB./AA.HH./PP.JJ.: | <input type="text"/> | MZ. | <input type="text"/> | LOTE.: | <input type="text"/> |
| 6c. DISTRITO: | <input type="text"/> | 6d. PROV.: | <input type="text"/> | 6e. DPTO.: | <input type="text"/> |

6d. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO
(Según autorizado):

6f. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

6g. RAZÓN SOCIAL:



ALMACEN N°:

| | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| 6h. Calle / Jirón / Avenida: | | N°: | INT.: |
| 6i. URB./AA.HH./PP.JJ.: | | MZ. | LOTE.: |
| 6j. DISTRITO: | | 6k. PROV.: | 6l. DPTO.: |

6m. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO

(Según autorizado):

6n. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

6ñ. RAZÓN SOCIAL:

7. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

7a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

7b. APELLIDOS: **NOMBRES:**

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

8. REQUISITOS

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, que incluya número y fecha de la constancia de pago.
2. Copia del contrato entre las partes relacionado al servicio a brindar, de acuerdo a lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento
3. Croquis de distribución interna del almacén considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volumen máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en formato A-3,

Número de Constancia de pago **Fecha de pago**

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 Técnico

 Firma del Propietario o Representante Legal
 y Sello del Establecimiento Farmacéutico