

FORMATO DFCVS - URASEF**Solicitud - Declaración Jurada****CERTIFICACION O RENOVACION DE
CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE
DISTRIBUCION Y TRANSPORTE**

DIREMID - LORETO

PERÚ
Ministerio
de Salud**DIRESA LORETO**
DIRECCION REGIONAL
DE SALUD

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA : ____ / ____ / ____

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la DIGEMID)**1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**DROGUERIA ☐ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

2. RAZON SOCIAL :

3. NOMBRE COMERCIAL :

4. R.U.C. N° :

5. OFICINA ADMINISTRATIVA

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúe todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20 Numeral 20.1.2 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 006-2017-JUS

6. DIRECCION DE ALMACEN Y/O ALMACENES**ALMACEN N° 1****SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :**

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

ALMACEN N° 2**SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :**

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CERTIFICACION O RENOVACIÓN DE CERTIFICACION EN BPD

ALMACEN N° 3

SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :.....

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

* EN CASO DE CONTAR CON MAS ALMACENES INDICAR DATOS EN HOJA ADICIONAL

PARTE II. TRAMITE SOLICITADO

CERTIFICACION

RENOVACION DE CERTIFICACIÓN

* El Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos y/o dispositivos autorizados, para la importación, exportación, comercialización, almacenamiento y/o distribución y condiciones de almacenamiento a la fecha de la inspección por certificación.

En el caso de recibir el servicio de distribución por un establecimiento farmacéutico, indicar Razón Social:

SE ADJUNTA:

DOCUMENTOS

SI

NO

FOLIOS DEL.....AL.....

COMPROBANTE DE PAGO N°.....

DIA DE PAGO:.....

OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y está sujeta a fiscalización posterior.

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 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO CON D.S. N° 006-2017-JUS: EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DE LA EMPRESA