

FORMATO A-8

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

a) CERTIFICACIÓN

☐

b) RENOVACIÓN

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	BOTICA	☐	FARMACIA	☐	FARMACIA ESPECIALIZADA	☐	
	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		☐				
2. NOMBRE COMERCIAL:							
	(Según RUC)						
3. RAZON SOCIAL:							
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:							
5. DISTRITO:		6. PROVINCIA:					
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)							
7a URB./AA.HH:							
8. NÚMERO		9. INTERIOR		10. MANZANA		11. LOTE	
12. DOMICILIO FISCAL							
13. CORREO ELECTRONICO DEL EEF					14. TELEFONO		

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS		NOMBRES	
16. CORREO ELECTRONICO		17. TELEFONO	
18. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
DISTRITO:		TELEFONO:	
email			
19. N° DE CONSTANCIA DE PAGO		20. DÍA DE PAGO	

21. REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFINAS FARMACÉUTICA (PROCEDIMIENTO N° 197 DEL TUPA/MINSA)

1 Solicitud dirigida al/la Directora/a Ejecutivo/a de Medicamentos Insumos y Drogas de las DIRIS con carácter de Declaración jurada.

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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS