

FORMATO DE ORIENTACION

FECHA:

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

- a) FARMACIA ☐
- b) BOTICA ☐
- c) FARMACIA DE LOS E. DE SALUD ☐
- d) BOTIQUIN ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por la Autoridad)

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 (Según lo autorizado ante la DIRIS):			
5a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	
5c. DISTRITO:		5d. PROV.:	
5e. DPTO.:		5f. Correo Electronico:	
5g. Telefono:			

6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO 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. 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