

FORMATO DE ORIENTACIÓN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

a) DROGUERIA

☐

b) ALMACEN ESPECIALIZADO

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

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 DIGEMID):

5a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

5c. DISTRITO:

5d. PROV.:

5e. DPTO.:

5f. Correo Electronico:

5g. Telefono:

6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado ante DIGEMID)

6a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

6c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

8. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

8a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

8b. 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 del Propietario o Representante Legal

y Sello del Establecimiento Farmacéutico