



N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-8

Solicitud - Declaración Jurada

a) CERTIFICACIÓN

b) RENOVACIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA BOTICA OFIC. FARMAC ESPECIALIZADA
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZÓN 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 ELECTRÓNICO DEL EEF 14. TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
APELLIDOS NOMBRES

16. CORREO ELECTRÓNICO 17. TELÉFONO

18. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELÉFONO:
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° 117 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

- Solicitud dirigida al/la Directora/a Ejecutivo/a de Medicamentos Insumos y Drogas de la DISA con carácter de Declaración jurada.
- Copia del comprobante de Pago por concepto de Derecho de Trámite, en Tesorería de la DSRS - J (sustentado en el TUPA del año 2013 DIRESA-CAJ/DSRS-JAÉN)

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.

REPRESENTANTE LEGAL/PROPIETARIO
NOMBRES COMPLETOS, FIRMA Y
SELLO DE LA EMPRESA

NOMBRES COMPLETOS,
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR
TÉCNICO

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