

**VISACIÓN DE LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE
ESTUPEFACIENTES Y/O CONTROL DE
PSICOTRÓPICOS**

ESTUPEFACIENTE IIA: ()
PSICOTRÓPICO (IIIA, IIIB, IIIC): ()
PRODUCTOS DE LA LISTA IVB: ()

SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA

FORMATO A-7

I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

1. **CLASIFICACIÓN:** SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 4° DEL DS 014-2011-SA (MARCAR CON UNA X)

A.- OFICINA FARMACÉUTICA: A.1.- FARMACIA* () A.2.- BOTICA* () * ESPECIALIZADA⁽²⁾ ()
B.- BOTIQUINES: () C.- FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ⁽¹⁾ ()
D.- DROGUERÍA: () E.- ALMACÉN ESPECIALIZADO ()

2. **NOMBRE COMERCIAL:**

(NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

Los establecimientos farmacéuticos no pueden utilizar como nombre comercial o razón social una clasificación que no les corresponde.

3. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):** **SE VERIFICÓ**

4. **NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZÓN SOCIAL:**
(Si es Jurídica)

5. **DIRECCIÓN:**

5. A **DISTRITO:** 5. B. **PROVINCIA:**

6. **TELÉFONO:** 7. **CELULAR:**

8. **E-mail:**
(SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

II. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

9. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

10. **N° DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)** :

11. **CORREO ELECTRÓNICO:**

III. QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) DIRECTOR TÉCNICO:

De acuerdo a los Art. 38°, 62°, 67°, 75°, 86° del D.S. N° 014-2011-SA. El profesional QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE de Director Técnico debe solicitar la visación de los LIBROS OFICIALES respectiva. bajo responsabilidad.

12. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

14. **C.Q.F.P. :** 13. **CELULAR:**

IV. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS:

13. **DIRECCIÓN:**

14. **DISTRITO:** 15. **PROVINCIA:**

16. **TELÉFONO:** 16. a. **CELULAR:**

17. **CORREO ELECTRÓNICO:**

V. RESPECTO A LOS LIBROS:

En el caso de LIBROS OFICIALES debe estar visado por la Autoridad Regional de Salud (ARS) a través de la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM)

18. **LIBRO A VISAR:** A.- DE PSICOTRÓPICO: () B.- DE ESTUPEFACIENTE: ()
LIBRO ANTERIOR - SI CORRESPONDE () C: INCLUYE PRECURSOR: ()

LO CUAL DECLARAMOS EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSIGNADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

.....
SELLO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
o PROPIETARIO (a)

N° DNI:

.....
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO

.....
SELLO Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO

SE ADJUNTA LIBRO DE ACTAS DE FOLIOS EN SOBRE MANILA SE VERIFICÓ