

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITO AUTORIZACIÓN SANITARIA DE LOS CAMBIOS, MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

HORARIO () NOMBRE COMERCIAL () CATEGORIA ()
 REPRESENTANTE LEGAL () RAZON SOCIAL () OTROS ()

MONTO A PAGAR **S/. 52.80**

N° RECIBO

N° DE FOLIOS

SELLO DE MESA DE PARTES

I. 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⁾ ()

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. **DIRECCIÓN:**

4.1. **DISTRITO:** 4.2. **PROVINCIA:**

II. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

5. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

6. **N° DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI):** **SE VERIFICÓ**

III. QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) DIRECTOR TÉCNICO:

7. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

8. **C.Q.F.P. :** 9. **CELULAR:**

10. **CERTIFICADO DE HABILIDAD N°:** 10.1. **FECHA DE EMISIÓN:** **SE VERIFICÓ**

III. INFORMACIÓN A CAMBIAR:

11. **NOMBRE COMERCIAL:**

(NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

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

12. **CAMBIAR EL REPRESENTANTE LEGAL:**

(SI ES PERSONA JURIDICA)

13. **RAZÓN SOCIAL:**

(SI ES PERSONA JURIDICA)

14. **HORARIO De Atención al Público:** () **De Director Técnico:** () **De Asistente de DT-QF** ()

DÍAS		HORAS	
DE	A	DE	A

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 FALSEDADE 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)

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
 CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO

SELLO Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO

N° DNI: