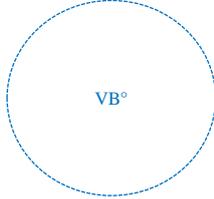


# FORMATO A-5

## DECLARACIÓN JURADA

### COMUNICACIÓN DE LA RENUNCIA DEL DIRECTOR TÉCNICO o DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE



MONTO A PAGAR

S/. 44.00

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<sup>(2)</sup> ( )

B.- BOTIQUINES: ( )

C.- FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <sup>(1)</sup> ( )

( )

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 Persona 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:

18. **NOMBRES Y APELLIDOS:** .....

19. **DOMICILIO:** .....

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

SE VERIFICÓ

21. **TELÉFONO:** .....

7. **CELULAR:** .....

22. **E-mail:** .....

#### III. QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) DIRECTOR TÉCNICO o QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

12. **NOMBRES Y APELLIDOS:** .....

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

SE VERIFICÓ

#### IV. DECLARACIÓN JURADA:

DECLARO BAJO JURAMENTO, que el Director Técnico ( ) o Químico Farmacéutico Asistente ( ), DEJO DE LABORAR en el establecimiento farmacéutico señalado líneas arriba, el día ..... del mes de ..... del año ....., lo cual declaro 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)

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO  
CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO

N° DNI: .....