

FORMATO D-1

DECLARACIÓN JURADA

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

SELLO DE MESA DE PARTES

MONTO A PAGAR

S/. 44.00

N° RECIBO

N° DE FOLIOS

I. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

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

A.- DROGUERÍA: ()

B.- 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. **E-mail:**

(SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

6. **TELÉFONO:**

7. **CELULAR:**

8. **DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:**

8.A. **DISTRITO:**

8.B. **PROVINCIA:**

8.2. **DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:**

8.2.A **DISTRITO:**

8.2. B. **PROVINCIA:**

9. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):**

(SE ADJUNTA COPIA FICHA)

SE VERIFICÓ

II. DEL PROPIETARIO o REPRESENTANTE LEGAL:

10. **NOMBRES Y APELLIDOS :**

10.a. **NUMERO DE DNI :**

III. DATOS A CAMBIAR:

11. **NOMBRE COMERCIAL:**

12. **RAZÓN SOCIAL:**

(Si es Jurídica)

13. **NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL:**

(Si es Jurídica)

13.a. **NUMERO DE DNI REPRESENTANTE LEGAL:**

(SE ADJUNTA COPIA)

SE VERIFICÓ

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 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

SELLO Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO

N° DNI:

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 REGIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DIREMID AYACUCHO