

FORMATO O-P

DECLARACIÓN JURADA

**SOLICITO AUTORIZACIÓN DE CAMBIO Y/O
ACLARACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO EN EL
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE PRECIOS
DE MEDICAMENTOS**

GRATUITO

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⁾ ()
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. **TELÉFONO:** 12. **CELULAR:**

III. QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) DIRECTOR TÉCNICO:

13. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

14. **C.Q.F.P. :** 15. **CELULAR:**

16. **CERTIFICADO DE HABILIDAD N°:** 16.A. **FECHA DE EMISIÓN:** **SE VERIFICÓ**

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:

De acuerdo al Art. 30° del D.S. N° 014-2011-SA. Los establecimientos farmacéuticos públicos y privados que operan en el país deben registrarse en el Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos a cargo de la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), así como suministrar información sobre los precios de su oferta comercial de productos farmacéuticos, en las condiciones que establezca la Directiva correspondiente.