



FORMATO D
COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:

- a) DIRECCIÓN TÉCNICA
b) JEFE DE PRODUCCIÓN
c) JEFE DE CONTROL DE CALIDAD
d) JEFE DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
e) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE\*
(\*no aplica para laboratorios)

Five empty checkboxes for selection of roles.

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: LABORATORIO [ ] DROGUERÍA [ ] ALMACÉN ESPECIALIZADO [ ]

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: [ ] N°. REGISTRO DE EF [ ]

2. NOMBRE COMERCIAL: [ ]

3. RAZON SOCIAL: [ ]

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:
APELLIDOS: [ ] NOMBRES: [ ]

5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIGEMID):

5a. Calle / Jiron / Avenida: [ ] N°: [ ] INT.: [ ]

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.: [ ] MZ. [ ] LOTE.: [ ]

5c. DISTRITO: [ ] 5d. PROV.: [ ] 5e. DPTO.: [ ]

5f. Correo Electrónico: [ ] 5g. Teléfono: [ ]

6. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL QUE ASUME EL CARGO:

6a. APELLIDOS: [ ] NOMBRES: [ ]

COLEGIATURA: ..... N° [ ] email [ ] DNI: [ ] TF: [ ]

6b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ... )

Table with 3 columns: Day (LUNES to DOMINGO), Start Time, End Time. Each day has a checkbox and two lines for time specification.

6c. PLANTA N° [ ]
(Precisar en caso de jefaturas)

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma y sello del Director Técnico / Jefatura / Químico Farmacéutico Asistente

Firma del Propietario o Representante Legal y sello del establecimiento farmacéutico