



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dirección de Inspección y Certificación

COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

a) DROGUERÍA

b) ALMACÉN ESPECIALIZADO

c) LABORATORIO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA LABORATORIO ALMACÉN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC Nº: [] Nº. 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: [] Nº: [] INT.: []

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

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

5f. Correo Electronico: [] 5g. Telefono: []

6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado ante DIGEMID)

6a. Calle / Jiron / Avenida: [] Nº: [] INT.: []

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.: [] MZ. [] LOTE.: []

6c. DISTRITO: [] 6d. PROV.: [] 6e. DPTO.: []

7. DIRECCIÓN DE LA PLANTA, EN CASO DE LABORATORIO (según lo autorizado ante DIGEMID)

7a. Calle / Jiron / Avenida: [] Nº: [] INT.: []

7b. URB./AA.HH./PP.JJ.: [] MZ. [] LOTE.: []

7c. DISTRITO: [] 7d. PROV.: [] 7e. DPTO.: []

8. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: [] NOMBRES: []

C.Q.F.P. Nº: [] email [] DNI: [] TF: []

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 del Propietario o Representante Legal y Sello del Establecimiento Farmacéutico