

**FORMATO A-3****Solicitud - Declaración Jurada**

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

**AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA AMPLIACIÓN
DE ALMACÉN DE:**

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 N°: N°. REGISTRO DE EF 2. NOMBRE COMERCIAL: 3. RAZÓN 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 declarado ante DIGEMID

 5g. Teléfono:

Autorizo que a través de este **correo electrónico**, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.

6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

9b. APELLIDOS: NOMBRES: C.Q.F.P. N°: email DNI: TF:



7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN MOTIVO DE LA AMPLIACIÓN:

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

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

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

8f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

8g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

8h. NOMBRE COMERCIAL:

8i. RAZÓN SOCIAL:

10. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 143 DEL TUPA/MINSA)

- 1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
- 2. Croquis de distribución interna del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3.

Número de Constancia de pago Fecha de pago

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

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico