

I. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Yo, _____ con cédula o Pasaporte
No.: _____, residente en: _____
_____ y profesión: _____ en condición de: Representante Legal Apoderado
del establecimiento farmacéutico denominado: _____
me dirijo a usted para solicitar por: INICIO RENOVACIÓN MODIFICACIÓN de la licencia de Operación
número: _____ **D/DNFD** para el año fiscal _____. En caso de MODIFICACIÓN, estoy modificando lo
siguiente: _____
Declaro a continuación los datos del establecimiento.

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO Y DEL REGENTE

Nombre del Establecimiento: _____

Dirección: _____
(Calle o Avenida, Edificio, Local)

Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____

Teléfono Fijo: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____
No. de Licencia de Operación expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas: _____ **D/DNFD**.

El Establecimiento Farmacéutico se dedicará a la importación, distribución y venta al por mayor de:

Y a la preparación al por mayor de formulas oficiales tales como:

Y operará en el siguiente horario:
Lunes a viernes _____
Sábados _____
Domingos _____
Feriados _____
Lunes a Domingos y Días Feriados 24 horas

El Regente Farmacéutico es: _____, con registro de idoneidad _____
y número de cédula _____, No. de teléfono fijo _____, con residencia actual en

Corregimiento: _____ Distrito: _____ Provincia: _____
Su horario de regencia es de lunes a viernes de: _____;
Sábados de: _____; Domingos de: _____
y días feriados de _____.

Trabaja en otra empresa denominada: _____

Doy fe de la información anterior.

Representante Legal Apoderado Regente Farmacéutico Registro
Cédula / Pasaporte: _____ Cédula: _____

OTRO SÍ: _____

Observaciones:

1. La actividad a la que se dedica la empresa debe **coincidir** con el Aviso de Operación (Sujeto a Verificación).
2. El Regente Farmacéutico, en caso de tener otro empleo, debe anexar la carta de Certificación de horario de la empresa o institución donde labore y a su vez debe estar firmada por su jefe inmediato.
3. Esta solicitud debe estar franqueada con **B/. 8.00** en timbres o adjuntar Boleta de Pago Fiscal del Banco o la Autoridad Nacional de Ingresos Públicos, por el mismo valor.
4. En caso de Apoderado, debe adjuntar **PODER NOTARIADO**.
5. Efectuar pago de tasa de servicio por **B/. 50.00**