

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS NO FARMACÉUTICOS

I. DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____	Cédula: _____	
Dirección Residencial: _____		
Propietario <input type="checkbox"/>	Representante Legal <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>
Teléfono: _____		(MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NO FARMACÉUTICO

Nombre del Establecimiento: _____		
Dirección: _____		
<i>(Calle o Avenida, Edificio, Local)</i>		
Provincia: _____	Distrito: _____	Corregimiento: _____
Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____	Fax: _____
EL AVISO DE OPERACIÓN LES AUTORIZA A LA VENTA AL POR MENOR DE MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA: SI _____ NO _____		
No. Aviso de Operación (Licencia Comercial): _____		

El establecimiento no farmacéutico se dedicará a la compra y venta al por menor de productos farmacéuticos de venta popular que no requieren prescripción médica, según el listado otorgado por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas para este tipo de establecimiento.

Horario de Operación: **(DEBE ENCERRAR EN UN CIRCULO EL PERIODO DEL DIA)**

Lunes a viernes de _____ (A.M, M.D, P.M) a _____ (A.M, M.D, P.M)

Sábados de _____ (A.M, M.D, P.M) a _____ (A.M, M.D, P.M)

Domingos de _____ (A.M, M.D, P.M) a _____ (A.M, M.D, P.M)

Lunes a Domingos y Días Feriados 24 horas

Firma del Propietario o Representante Legal: _____; Cédula: _____
(Firmar igual que en la Cédula)

OBSERVACIONES:

1. Esta solicitud debe estar habilitada con B/. 8.00 en timbres fiscales o franqueada por este valor.
2. **Copia de la licencia comercial o aviso de operación con la autorización a la venta al por menor de medicamentos de venta sin receta médica o medicamentos populares.**
3. **Copia de Cédula** del propietario o representante legal y/o apoderado.
4. Poder Notariado en caso que el propietario o representante legal otorgue poder a otra persona.
5. Tasa de servicio B/.40.00 o Cheque certificado a nombre del Tesoro Nacional con número de RUC.
6. A esta solicitud debe anexar la hoja de chequeo que debe solicitar en la ventanilla de esta Dirección.
7. **La información declarada por el firmante de esta solicitud se entiende que es bajo gravedad de juramento.**
8. La Licencia de Operación debe renovarse cada año y presentar la solicitud de renovación, un mes antes a la fecha de vencimiento de la licencia de operación.

En este local sólo se podrá vender medicamentos clasificados de venta popular que no requieren receta médica, según el listado otorgado por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas para este tipo de establecimiento.

ESTARÁ SUJETA A INSPECCIONES PERIÓDICAS POR ESTA DIRECCIÓN

Fundamento Legal: Artículo 287 del Decreto Ejecutivo No. 105 de 15 de abril de 2003.

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ
"CAMBIO EN SALUD, UN COMPROMISO DE TODOS"

Teléfonos: 512-9170, 512-9108 Fax: 512-9196 Correo electrónico: licencias@minsa.gob.pa