



N° DE EXP

FECHA:

FORMATO D-3

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA
AMPLIACIÓN DE:

a) ALMACÉN DE DROGUERÍA

b) ALMACÉN ESPECIALIZADO

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:
<https://forms.gle/FWuhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

1. RAZON SOCIAL:

2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

3. NOMBRE COMERCIAL:

4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado):

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

Georeferenciación

Correo Electronico: Telefono:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN (Según lo autorizado por DIREMID):

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

Georeferenciación

6. ALMACEN N°.... (En caso de contar con más de un almacén autorizado)

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

Georeferenciación

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

7. APELLIDOS: NOMBRES:

DNI TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO DE PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS8. **LEGIBLE, OBLIGATORIO**

AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS

DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO9. APELLIDOS: NOMBRES: C.Q.F.P. N°: email DNI: TF: **LEGIBLE, OBLIGATORIO****INFORMACIÓN DEL ALMACÉN A AMPLIAR (Según lo consignado en el RUC/SUNAT)**10. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.: URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.: DISTRITO: PROV.: DPTO.: CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

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

REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: NOMBRE COMERCIAL: RAZÓN SOCIAL: **PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**11. N° DE CONSTANCIA DE PAGO IMPORTE DÍA DE PAGO **REQUISITOS:**1 Solicitud con carácter de Declaración Jurada (**FORMATO D-3**) dirigida a la autoridad regional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios o quien haga sus veces, que incluya número y fecha de la constancia de pago

2 Croquis de distribución interna del establecimiento y 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 formato A-3. (Suscrito por el Propietario / Representante Legal y Director Técnico)

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional.

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.

Adjunto expediente en Original y Copia

Puno, de Del 20.....

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico