



N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO A-3**  
**Solicitud - Declaración Jurada**CERTIFICACIÓN DE BUENAS  
PRÁCTICAS DE OFICINA  
FARMACÉUTICA**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

1. CLASE:	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>		
4. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
	(Según RUC)		
5. DIRECCION: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>		
URB./AA.HH:	<input type="text"/>		
NUMERO	<input type="text"/>	INTERIOR: <input type="text"/>	MANZANA: <input type="text"/>
			LOTE: <input type="text"/>
6. DISTRITO:	<input type="text"/>	7. PROVINCIA:	<input type="text"/>
8. N° DE CERTIFICADO DE BPOF:	<input type="text"/>	FECHA DE EMISIÓN	<input type="text"/>

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

9. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>

**CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL, AUTORIZADO PARA NOTIFICAR LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**

10.	<input type="text"/>
-----	----------------------

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

11. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.					
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>		
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
				TF:	<input type="text"/>

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

12 N° DE RECIBO DE PAGO	<input type="text"/>	IMPORTE	<input type="text"/>	DÍA DE PAGO	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	---------	----------------------	-------------	----------------------

**REQUISITOS**

- 1 Solicitud con carácter de Declaración jurada, en FORMATO A-3

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

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.

Puno, ..... de ..... Del 20.....

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Director Técnico/Químico  
Farmacéutico.