



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO AC-6
Solicitud - Declaración Jurada

COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES:

- a) CON CIERRE TEMPORAL MENOR A 3 MESES
- b) CON CIERRE TEMPORAL MAYOR O IGUAL A 3 MESES HASTA 12 MESES

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por la Autoridad)

CATEGORÍA: BOTICA FARMACIA BOTIQUÍN
FARMACIA DEL ESTAB. DE SALUD

1. RAZON SOCIAL:

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

3. NOMBRE COMERCIAL:

4. DIRECCIÓN (Según lo autorizado ante la DIRIS):

Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>	DPTO.:	<input type="text"/>
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>		

LEGIBLE, OBLIGATORIO

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

5. APELLIDOS: NOMBRES:
DNI TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

6.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General, inciso 20.4 . Deberá confirmar la recepción en un plazo máximo de 2 días hábiles desde el día siguiente de efectuada la notificación

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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

LEGIBLE, OBLIGATORIO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

8. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI NO
Marca SI, indicar:

Psicotropicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Estupefaciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Psicotropicos Lista IVB	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO AC-6**
- 2 Documento de cierre temporal

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HABIL**, 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.

Puno, de del 20.....

Firma y sello del Director técnico

**Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico**