



N° DE EXP

FECHA:

FORMATO D-3
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA
AMPLIACIÓN DE:**

- a) ALMACÉN DE DROGUERÍA
- b) ALMACÉN ESPECIALIZADO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

1. CLASE:	DROGUERÍA <input type="checkbox"/>	ALMACÉN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>	
3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	4. N° REGISTRO DE EF <input type="text"/>
5. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>	
6. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES: <input type="text"/>
7. DNI	<input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>

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

8a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
8b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
8c. DISTRITO	<input type="text"/>	8d. PROV.	<input type="text"/>	8e. DPTO.:	<input type="text"/>
8f. Correo Electronico:	<input type="text"/>	8g. Telefono:	<input type="text"/>		

LEGIBLE, OBLIGATORIO

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

9a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
9b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
9c. DISTRITO	<input type="text"/>	9d. PROV.	<input type="text"/>	9e. DPTO.:	<input type="text"/>

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

10a. Calle / Jiron / Avenida	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
10b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
10c. DISTRITO:	<input type="text"/>	10d. PROV.:	<input type="text"/>	10e. DPTO	<input type="text"/>

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

11.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

