



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D-4
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ENCARGO DE
SERVICIO DE ALMACENAMIENTO A :**

a OTRA DROGUERÍA

b OTRO ALMACÉN ESPECIALIZADO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1. CATEGORÍA: | DROGUERÍA <input type="checkbox"/> | ALMACEN 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 por DIREMID):

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------|----------------------|---------------|----------------------|
| 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"/> | | | 8h. 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"/> | 9f.DPTO.: | <input type="text"/> |

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

10.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------|----------|----------------------|------|----------------------|-----|----------------------|
| 11. 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

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/ ALMACÉN QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN (Según lo autorizado)

12. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

| | | | |
|---|--|----------------|-------------|
| 13. RAZON SOCIAL: | | | |
| 14. NOMBRE COMERCIAL | | | |
| 15. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/ ALMACÉN (Según lo autorizado por DIREMID): | | | |
| 15a. Calle / Jiron / Avenida: | | N°: | INT.: |
| 15b. URB./AA.HH./PP.JJ.: | | MZ | LOTE.: |
| 15c. DISTRITO: | | 15d. PROV: | 15e. DPTO.: |
| 15f. Correo Electronico: | | 15g. Telefono: | |

LEGIBLE, OBLIGATORIO

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

| | | | | | |
|------------------------------|--|---------|--|-------------|--|
| 16. N° DE CONSTANCIA DE PAGO | | IMPORTE | | DÍA DE PAGO | |
|------------------------------|--|---------|--|-------------|--|

17. REQUISITOS:

- | | |
|---|--|
| 1 | Solicitud con carácter de Declaración Jurada (FORMATO D-4) 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 | Copia del contrato entre las partes relacionado al servicio a brindar, de acuerdo a lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento. |
| 3 | Croquis de distribución interna del almacén considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volumen máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en formato A-3 |

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.

Puno, de Del 20.....

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico