



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D-5
Solicitud - Declaración Jurada

- a) CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO
- b) RENOVACIÓN DE BPA

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	DROGUERIA <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. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>	
	(Según ficha RUC)	
5. DISTRITO:	<input type="text"/>	6. PROVINCIA: <input type="text"/>
7. DIRECCION DE:	<input type="text"/>	
7.1. OFICINA ADMINISTRATIVA: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>	
7.1.1. URB./AA.HH:	<input type="text"/>	
7.1.2. NÚMERO:	7.1.3. INTERIOR:	7.1.4. MANZANA <input type="text"/>
		7.1.5. LOTE: <input type="text"/>
7.2. ALMACEN: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>	
7.2.1. URB./AA.HH:	<input type="text"/>	
7.2.2. NÚMERO:	7.2.3. INTERIOR:	7.2.4. MANZANA <input type="text"/>
		7.2.5. LOTE: <input type="text"/>
7.3. SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR (Si corresponde):		
7.3.1. URB./Av./Jr.:	<input type="text"/>	
7.3.2. NÚMERO:	7.3.3. INTERIOR:	7.3.4. MANZANA <input type="text"/>
		7.3.5. LOTE: <input type="text"/>
8. DOMICILIO FISCAL:	<input type="text"/>	9. TELEFONO <input type="text"/>
10. N° DE CERTIFICADO DE BPA (EN CASO DE RENOVACIÓN)	<input type="text"/>	FECHA DE EMISION <input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

11. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES <input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>

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

12. <input type="text"/>

LEGIBLE, OBLIGATORIO

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**13. 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

14. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	EMAIL:	<input type="text"/>
		DNI:	<input type="text"/>
		CELULAR:	<input type="text"/>

LEGIBLE, OBLIGATORIO

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

15. N° DE RECIBO DE PAGO	<input type="text"/>	16. IMPORTE:	<input type="text"/>	18. DÍA DE PAGO:	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	--------------	----------------------	------------------	----------------------

REQUISITOS

- 1 Solicitud con carácter de Declaración jurada, en FORMATO D-5

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 FALSEADAD 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.