



N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO D-6**  
**Solicitud - Declaración Jurada**a) CERTIFICACIÓN DE BPDT b) RENOVACIÓN **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| 1. CLASE:  | DROGUERIA <input type="checkbox"/>  | ALMACÉN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> |
| 2. RAZON SOCIAL:   | <input type="text"/>                |  |
| 3. NOMBRE COMERCIAL:   | <input type="text"/>                |  |
|  | (Según Ficha RUC)                   |  |
| 4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:                  | <input type="text"/>                |  |
| 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:   | <input type="text"/>                | 7.1.3. INTERIOR: <input type="text"/>          |
|  | 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:   | <input type="text"/>                | 7.2.3. INTERIOR: <input type="text"/>          |
|  | 7.2.4. MANZANA <input type="text"/> | 7.2.5. LOTE: <input type="text"/>              |
| 7.3. SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR (Si corresponde): | <input type="text"/>                |  |
| 7.3.1. URB./Av./Jr.:   | <input type="text"/>                |  |
| 7.3.2. NÚMERO:   | <input type="text"/>                | 7.3.3. INTERIOR: <input type="text"/>          |
|  | 7.3.4. MANZANA <input type="text"/> | 7.3.5. LOTE: <input type="text"/>              |
| 7.3.6. DISTRITO:   | <input type="text"/>                | 7.3.7. PROVINCIA: <input type="text"/>         |
| 8. DOMICILIO FISCAL:   | <input type="text"/>                | 9. TELEFONO <input type="text"/>               |
|  | LEGIBLE, OBLIGATORIO                |  |
| 9. N° DE CERTIFICADO DE BPDT (EN CASO DE RENOVACIÓN)           | <input type="text"/>                | FECHA DE EMISION <input type="text"/>          |

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                      |          |                      |
|---------------|----------------------|----------|----------------------|
| 10. 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**

|     |                      |
|-----|----------------------|
| 11. | <input type="text"/> |
|     | LEGIBLE, OBLIGATORIO |

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO****12. 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 |                      |

**13. 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"/> |
|              |                      | TF:                  | <input type="text"/> |
|              |                      | LEGIBLE, OBLIGATORIO |                      |

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

14. N° DE RECIBO DE PAGO  IMPORTE  DÍA DE PAGO

**REQUISITOS**

1 Solicitud con carácter de Declaracion jurada, en FORMATO D-6

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.**