

FORMATO F 3
Solicitud - Declaración Jurada



**CERTIFICACION O RENOVACION DE CERTIFICACION
EN BUENAS PRACTICAS DE FARMACOVIGILANCIA**



DIREMID

N° DE EXPEDIENTE :

FECHA : ____/____/____

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la DIGEMID)

1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

A. **LABORATORIO** **DROGUERIA** **ALMACEN ESPECIALIZADO**

B. MARQUE EL TIPO DE PRODUCTO :

a) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto biológico similar y otros productos farmacéuticos.

b) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico: Inmunológico (vacuna, suero, alérgeno), y otros productos farmacéuticos.

c) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico (derivados de sangre humana y plasma humano, productos obtenidos por procedimientos biotecnológicos, otros productos biológicos), y otros productos farmacéuticos.

d) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico

e) Droguerías de productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario, droguerías de productos farmacéuticos no titulares del certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos.

f) Almacenes especializados que almacenan y distribuyen productos farmacéuticos.

C. **Titular de Registro Sanitario (TRS)** **Titular del Certificado de Registro Sanitario (TCRS)** **Otros**

2. RAZON SOCIAL :

3. NOMBRE COMERCIAL :

4. R.U.C. N° :

5. OFICINA ADMINISTRATIVA

Av./ Calle / Jr.

N° Mz Lote Km Interior Piso

URBANIZACIÓN

REFERENCIA

DISTRITO **PROVINCIA** **DEPARTAMENTO**

TELEFONO / CELULAR **FAX / ANEXO** **CORREO ELECTRÓNICO**

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS: SI NO

6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA

NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO :

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :

PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :

TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NO

NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :

CORREO ELECTRÓNICO:

PARTE II. TRAMITE SOLICITADO

CERTIFICACIÓN **RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, fabricación, y/o comercialización a la fecha de la inspección por certificación.

SE ADJUNTA:

DOCUMENTOS	SI	NO	FOLIOS DEL.....AL.....
COMPROBANTE DE PAGO N° _____			
DIA DE PAGO:			
OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y está sujeta a fiscalización posterior.

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 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO CON D.S. N° 004-2019-JUS: 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.

REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DE LA EMPRESA