

AUTORIZACIONES SANITARIAS

COMUNICACIÓN DE:	(marcar con una X)
CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL	
CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL	
CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL	
AMPLIACION DE REPRESENTANTE LEGAL	
REINICIO DE ACTIVIDADES	
COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO Y VENTA POR INTERNET	
OTROS	

DROGUERIA	
OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	

7.4 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (AMPLIACION)

TODOS LOS QUE DECLARAMOS BAJO JURAMENTO 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 DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

(DNI)

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, se deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa

Página 1 de 1