

# SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD

### **GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y **DROGAS** 

**AUTORIZACIONES SANITARIAS** 

COMUNICACIÓN:	(marcar con una X )	
CIERRE DEFINITIVO		
CIERRE TEMPORAL		

CIERRE DEFINITIVO	
CIERRE TEMPORAL	
1. <u>DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO</u> 1.1 CLASE: (marcar con una X)	
OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	
DROGUERIA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	
2. NOMBRE COMERCIAL: (No inc	luir "CLASE")
2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID:	
3. RAZON SOCIAL:	
4. Nº DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE - RUC:	$\overline{1}$
5. CIERRE TEMPORAL: DELAL	
6. FECHA DEL CIERRE DEFINITIVO:	
7. MANEJA: PSICOTROPICOS ESTUPEFACIENTES	
8. DIRECCION:	
8.1. DISTRITO:8.2. PROVINCIA:	
9. TELEFONO FIJO/CELULAR:	
9.3 CORREO ELECTRONICO: @ @	
10. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)	. <u>–</u>
10.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:	
10.2 DOMICILIO DE NOTIFICACION:	
10.3 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION:	
Lo cual declaramos bajo juramento en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV, Inciso 1.7 del Texto Único Ordenado de la Ley del Fadministrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y per de falsedad de esta declaración, conforme lo regula el Art. 411° en el Capítulo III Delitos Contra la Administración o Código Penal vigente.	Procedimiento penal en caso
PROPIETARIO O REP.LEGAL	
(NOMBRE COMPLETO)	
(DNI)	
Todo combio que se desse vegliare en el establecimiente formacéutico, deberé comunicar e la Dirección Ficcutiva de Medicamente	a Incumacu

Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa

## **REQUISITOS**

#### CIERRE TEMPORAL

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato C)

- Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato C)
   Declaración jurada de no existencia de P.F., D.M. y P.S. y documento que acredite la entrega de estupefacientes, psicotrópicos y o precursores (si corresponde)