



FORMATO F 2

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

- a) CERTIFICACIÓN B.P. ALMACENAMIENTO ☐
b) CERTIFICACIÓN B.P. DISTRIBUCION Y TRANSPORTE ☐

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	DROGUERIA ☐	ALMACEN ESPECIALIZADO ☐	OTRO ESTABLECIMIENTO ☐
2. NOMBRE COMERCIAL:			2.1 SI-DIGEMID N°
3. RAZON SOCIAL:			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:			
5. DIRECCIÓN OFICINA ADM.			
5.1. DISTRITO:		5.2. PROVINCIA:	
6. DIRECCIÓN ALMACEN			
6.1. DISTRITO:		6.2. PROVINCIA	
7. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO			
8. CORREO ELECTRONICO DEL EEF		9. TELEFONO	

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

10. APELLIDOS		NOMBRES	
11. CORREO ELECTRONICO		12 TELEFONO	
13. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
14. DISTRITO:		15. TELEFONO:	

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúe todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el Art. 20 numeral 20.1.2 del TUO de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General

INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO

17. APELLIDOS Y NOMBRES		DNI	
17. HORARO DE TRABAJO		18. TELEFONO	

PARTE II. DE SER OFICINA ESPECIALIZADA, ESPECIFICAR TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZA:

I. PRODUCTOS FARMACEUTICOS: 1. MEDICAMENTOS: Especialidades Farmaceuticas ☐ Radiofarmacos ☐	Agentes de diagnostico ☐ Gases medicinales ☐
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES: Producto natural ☐ Recurso natural ☐	3. PRODUCTO DIETETICO ☐ 4. PRODUCTO EDULCORANTE ☐
5. P. BIOLOGICO ☐ 6. PRODUCTO GALENICO ☐ 7. HOMEOPATICO ☐	
II. DISPOSITIVOS MEDICOS: 1. CLASE I: BAJO RIESGO (Estéril) ☐	1. CLASE I: BAJO RIESGO (No Estéril) ☐
2. CLASE II: MODERADO RIESGO ☐ 3. CLASE III: ALTO RIESGO ☐	4. CLASE IV: CRITICO EN MATERIA DE RIESGO ☐
II. EQUIPOS BIOMEDICOS: 1. CLASE I: BAJO RIESGO (Estéril) ☐	1. CLASE I: BAJO RIESGO (No Estéril) ☐
2. CLASE II: MODERADO RIESGO ☐ 3. CLASE III: ALTO RIESGO ☐	4. CLASE IV: CRITICO EN MATERIA DE RIESGO ☐
II. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA: 1. CLASE III: ALTO RIESGO ☐	2. CLASE IV: CRITICO EN MATERIA DE RIESGO ☐
II. DISPOSITIVOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO (REACTIVOS DE DIAGNOSTICO) ☐	
III. PRODUCTOS SANITARIOS: 1. PRODUCTOS COSMETICOS ☐ 2. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA ☐	
3. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL ☐ 4. ARTICULOS SANITARIOS ☐	

PARTE III. ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS SEGÚN TEMPERATURA

AMBIENTE HASTA 30°C ☐	CONTROLADA 15 - 25°C ☐	REFRIGERADA 2 - 8° C ☐	CONGELADA -10°C a menos ☐
19. N° DE COMPROBANTE DE PAGO		20. FECHA DE PAGO	

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.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

Q.F. DIRECTOR TECNICO
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° COLEGIATURA