

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS – DIREMID DIRECCION DE FISCALIZACION CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA	FORMATO D7 SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA ENTREGA DE SALDOS DESCARTABLES DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS CONTENIDAS EN EL DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA, PARA BOTICAS, FARMACIAS, FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, UNIVERSIDAD E INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN, PARA CUSTODIA Y POSTERIOR DESTRUCCION
	N° DE EXPEDIENTE
	FECHA

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA					
OFICINA FARMACÉUTICA: FARMACIA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>					
2. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				3. R.U.C. N°	
4. DOMICILIO LEGAL Av./ Calle / Jr.				5. N°	
6. DISTRITO		7. PROVINCIA		8. DEPARTAMENTO	
9. TELÉFONO		10. FAX		11. CORREO ELECTRONICO	
13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				14. TELÉFONO	
15. NOMBRE DEL Q.F. DIRECTOR TÉCNICO			16. N° C.Q.F.P		17. TELÉFONO

PARTE II. RELACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/ O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR

DESCRIPCIÓN	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN

PARTE III. OBSERVACIONES

--

PARTE IV.

RECEPCIÓN DE SUSTANCIAS O PRODUCTOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COPIA DEL ULTIMO BALANCE TRIMESTRAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vº Bº DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN
--	----------------------------------

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

.....
REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DE LA EMPRESA