



FORMATO DE ORIENTACION

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

- a) DROGUERIA
- b) ALMACEN ESPECIALIZADO
- c) OFICINA FARMACEUTICA

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIRESA/GERESA)

CATEGORÍA: DROGUERÍA BOTICA FARMACIA FARES ALMACEN ESP.

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS: NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO (Según lo autorizado ante DIRESA/GERESA):

5a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

5c. DISTRITO: 5d. PROV.: 5e. DPTO.:

5f. Correo Electronico: 5g. Telefono:

6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado ante DIRESA/GERESA)

6a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

6c. DISTRITO: 6d. PROV.: 6e. DPTO.:

8. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF:

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.

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico