



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

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

**AUTORIZACIONES SANITARIAS Y
REGISTRO DE DIRECTORES TÉCNICOS**

EXP. N°.....

(Uso Interno)

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

2. RAZON SOCIAL:.....
(Según RUC)

3. NOMBRE COMERCIAL:.....
(Según RUC)

4. CIERRE TEMPORAL: DEL...../...../..... **AL:**/...../..... (máximo 120 días calendario)

6. FECHA DEL CIERRE DEFINITIVO:...../...../.....

7. DIRECCION:.....(Según RUC)

8. DISTRITO: **9. PROVINCIA:**.....

10. TELEFONOFIJO :

--	--	--	--	--

B.- DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural o Jurídica)

12. NOMBRES Y APELLIDOS:
(Solo Personal Natural, según R.U.C.)

13. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL:
(Solo Personal Jurídica, según R.U.C.)

14. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
(Solo Personal Jurídica, según R.U.C.)

15. FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES:

16. N° DE REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTE (RUC):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. DOMICILIO FISCAL:
(Según R.U.C.)

18. DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN.....
(AUTORIZO A QUE LA NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN CORRESPONDIENTE SEA A ESTE DOMICILIO)

19. CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO@.....

C.- DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO REGENTE:

19. NOMBRES Y APELLIDOS:

20.C.Q.F.A. N°..... **C.Q.F.P. N°**.....; **21. FECHA DE FIN DE REGENCIA:**/...../.....

Lo cual declaramos en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV Inciso 1.7, Ley de Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme regula el Art. 411° del Código Penal.

Q.F. REGENTE

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

.....
N° DNI.....

.....
N° DNI: