



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS,
INSUMOS Y DROGAS

FORMATO D7

SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA RECEPCION,
EVALUACIÓN Y CUSTODIA POR CIERRE O CLAUSURA
DEFINITIVA DE LABORATORIOS O DROGUERÍAS DE
SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN
COMPRENDIDOS EN EL DECRETO SUPREMO N° 023-2001 SA

N° DE EXPEDIENTE

FECHA

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA

LABORATORIO

☐

DROGUERIA

☐

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. R.U.C. N°

4. DOMICILIO LEGAL Av./ Calle / Jr.

5. N°

6. URBANIZACIÓN

7. DISTRITO

8. PROVINCIA

9. DEPARTAMENTO

10. TELEFONO

11. FAX

12. CORREO ELECTRÓNICO

13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

14. TELEFONO

15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO O REGENTE

16. CARGO

17. N° C.Q.F.

TELEFONO

PARTE II. RELACION DE LOS INSUMOS Y/ O PRODUCTOS A CUSTODIA

DESCRIPCION	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO

PARTE III. OBSERVACIONES

PARTE IV.

RECEPCIÓN DE SUSTANCIAS O PRODUCTOS
ADJUNTANDO LOS LIBROS DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES
O MEDICAMENTOS QUE LOS CONTIENEN

Vº Bº EQUIPO DE DROGAS

.....
Q.F. RESPONSABLE
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° DE COLEGIATURA

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