



**COMUNICO CULMINACIÓN DEL
CONTRATO DEL SERVICIO DE
ALMACENAMIENTO**

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN

Mediante el presente, el propietario o representante legal autorizado ante la DEMID -DIRESA JUNÍN Sr.(a):.....
del establecimiento farmacéutico:
Categoría:, RUC:
Nombre Comercial:

Comunico culminación del contrato del servicio de almacenamiento suscrito con el establecimiento farmacéutico:

Categoría:, RUC:
Nombre Comercial:

AMBAS PARTES FIRMAN DE MUTUO ACUERDO, LO CUAL ACREDITA LO DICHO Y BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPÍO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV, INCISO 17, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARCIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CODIGO PENAL.

.....
Firma del Representante Legal que
comunica la culminación del servicio
y sello del establecimiento farmacéutico

.....
Firma del representante legal que
encargó el servicio de almacenamiento
y sello del establecimiento farmacéutico