



FORMATO K SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

N° DE EXPEDIENTE:

FORMATO DE COMUNICACION:

FECHA:

REINICIO DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID-DIRESA JUNIN)

1. CLASE:	BOTICA <input type="checkbox"/>	BOTIQUIN <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/>	
	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>	DROGUERIA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>		
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/> (Según RUC)				
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>				
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>				
5. DISTRITO:	<input type="text"/>	6. PROVINCIA:	<input type="text"/>		
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>				
8. URB./AA.HH:	<input type="text"/>				
9. NÚMERO	<input type="text"/>	10. INTERIOR	<input type="text"/>	11. MANZANA <input type="text"/>	12. LOTE <input type="text"/>
13. DOMICILIO FISCAL	<input type="text"/>				
14. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF	<input type="text"/>		15. TELEFONO	<input type="text"/>	

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>	
17. DNI	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>	
18. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>			

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR - QUÍMICO FARMACÉUTICO

19. APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>		
20. C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>
21. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>				

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.

SELLO Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO