



SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN  Ó RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  DE BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE.

EXPEDIENTE:

FECHA:

**PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA

DROGUERÍA

2. RAZÓN SOCIAL	3. NOMBRE COMERCIAL	4. R.U.C. N°
-----------------	---------------------	--------------

5. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO:

6. UBICACIÓN Av./Calle/Jr.	7. N°/Mz/Lt	8. REFERENCIA
----------------------------	-------------	---------------

9. URBANIZACIÓN	10. DISTRITO	11. PROVINCIA
-----------------	--------------	---------------

12. DEPARTAMENTO	13. TELÉFONO Y/O CELULAR	14. FAX	15. CORREO ELECTRÓNICO
------------------	--------------------------	---------	------------------------

16. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO: DE:

DÍAS	
------	--

HORAS	
-------	--

17. HORARIO DE TRABAJO DEL DIRECTOR TÉCNICO:	18. HORARIO DE TRABAJO DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:
--	--

DÍAS		DÍAS	
------	--	------	--

HORAS		HORAS	
-------	--	-------	--

**SI EL ALMACEN O PLANTA DE PRODUCCIÓN SE ENCUENTRA EN OTRO LOCAL**

19. Av./Calle/Jr.	20. N°/Mz/Lt	21. REFERENCIA
-------------------	--------------	----------------

22. URBANIZACIÓN	23. DISTRITO	24. PROVINCIA
------------------	--------------	---------------

25. DEPARTAMENTO	26. TELÉFONO	27. FAX	28. CORREO ELECTRÓNICO
------------------	--------------	---------	------------------------

**PARTE II. TRAMITE SOLICITADO**

CERTIFICACIÓN       RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN

DOCUMENTOS	FOLIO DEL ..... AL.....

**NOTA: Debera rellenarse toda la información requerida a responsabilidad del Propietario y/o Representante legal y del Director Técnico (Químico Farmacéutico del EE.FF.). La inspección se llevara dentro de los plazos establecidos.**

\_\_\_\_\_  
 DIRECTOR TÉCNICO  
 FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
 N° DE COLEGIATURA

\_\_\_\_\_  
 PROPIETARIO Ó REPRESENTANTE LEGAL  
 FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
 SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO