



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