

SOLICITO: REGISTRO DE CORREO ELECTRÓNICO

SEÑOR DIRECTOR

DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN Y CERTIFICACIÓN DICER - DEMID

Yo, propietario y/o representante legal del establecimiento farmacéutico con nombre comercial: con RUC N° identificado con DNI N° domiciliado en distrito de provincia de y número telefónico

Solicito, se **REGISTRE el siguiente correo electrónico:**

.....

con la finalidad de obtener el **usuario y contraseña** para el ingreso a la plataforma web del Sistema Nacional de Información de Precios - Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Asimismo, declaro que conozco los alcances de las normas referentes al Sistema Nacional de Información de Precios; y que, mi establecimiento farmacéutico: con nombre comercial ubicado en del distrito y provincia de daremos cumplimiento a: R.M N° 431-2011-MINSA, D.S. N° 014-2011-SA Reglamento del Establecimiento Farmacéutico y su modificatoria D.S. N° 033-2014-SA: Artículo 30°: que establece la obligación de los establecimientos farmacéuticos, para el registro y entrega de información al Sistema Nacional de Información de Precios; En caso de incumplimiento asumiré las sanciones establecidas.

..... de del 20.....
(lugar) (día) (mes) (año)

.....
Firma y Sello del Propietario y/o Representante Legal