



AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO

Yo, Propietario y/o Representante Legal del Establecimiento Farmacéutico con Nombre Comercial: con RUC N°; identificado con DNI N°, domiciliado en (domicilio actual, no la dirección del establecimiento) referencia distrito, provincia Departamento Teléfono Celular

Mediante el presente documento autorizo expresamente que las comunicaciones y/o resoluciones emitidas por la Dirección de Inspección y Certificación (DICER) y/o Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DEMID), de la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA), se me notifique a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido por el numeral 20.4 del artículo 20° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

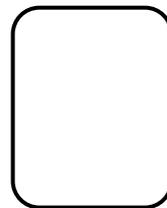
ME COMPROMETO:

- a) Realizar un acuse de recibo en señal de recepción de las resoluciones, comunicaciones u otras notificaciones enviadas por la DICER y/o DEMID a mi correo electrónico.
- b) Recibir en forma física en el domicilio señalado los documentos mencionados en el párrafo anterior, dejando constancia escrita de su recepción con firma y fecha.
- c) Comunicar a DICER y/o DEMID la realización de cambio de mi correo electrónico o domicilio señalado, dentro de los 05 días calendario de realizado. De no comunicarlos se entenderá notificado en los correos electrónicos y domicilio autorizados anteriormente.

Firmo la presente en señal de conformidad,

Huancayo, de de 20.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL

