

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Traslado de Droguerías- Depósitos- Droguerías Industriales
Descripción	Requisitos para el Traslado de una Droguerías- Depósitos- Droguerías Industriales.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Farmacéutica Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: 5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: "Solicitud de Traslado de Droguerías <u>ANEXO X</u> " si corresponde. La factibilidad del traslado está supeditada a la inspección del nuevo local.
Arancel Resol N° 2899/2020	\$ 5457.-
Solicitud	ANEXO X "SOLICITUD DE TRASLADO DE DROGUERIA" "LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL"

REVISIÓN: 01-2021

TRASLADO DE DROGUERIAS DEPOSITOS- DROGUERIAS INDUSTRIALES ANEXO X

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica Irma Inés Mango
 S_____ / _____ D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1º	NOMBRE DE LA DROGUERIA/ DEPOSITO/ DROGUERIA INDUSTRIAL:	<input type="checkbox"/>
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3º	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / SCS - SOCIO DESIGNADO) <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
5º	NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>

	TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	
6°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
7°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
8°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
10°	SELLO REGLAMENTARIO RESOLUCIÓN N° AÑO: (Adjuntar copia de Resolución de Habilitación)	<input type="checkbox"/>
11°	ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

“EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”.

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 SRL-SOCIO GERENTE
 SCS- UNO DE LOS SOCIOS
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021