

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Solicitud de autorización de libro recetario informatizado Farmacias
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la autorización del Libro Recetario Informatizado.
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farmacéutica Patricia Moreno. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá completar: 1- Solicitud ANEXO XIII En todos los casos antes de la autorización del libro recetario en formato digital para farmacias, debe haber sido autorizado y homologado el programa de gestión farmacéutica.
Arancel Resolución 2899/2020	\$2.729
Solicitud	ANEXO XIII

REVISIÓN: 04-2022

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO

FARMACIA ANEXO XIII

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica Patricia Moreno
 S _____ / _____ D

Por la presente solicito autorización de utilización de Libro Recetario en formato digital con la asistencia del Programa, en cumplimiento del art. 10º último párrafo de la Ley Nº17.565 último párrafo.

1º	NOMBRE DE LA FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3º	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
5º	COPIA EJEMPLO DE MOVIMIENTOS EN LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO A AUTORIZAR. EN CASO DE TRATARSE DE UNA FARMACIA EN TRÁMITE DE HABILITACIÓN, DEBERÁ PRESENTAR LA MUESTRA A LOS SIETE (7) DÍAS DE NOTIFICADA LA RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN.	<input type="checkbox"/>
6º	ARANCEL POR RESOLUCION 2899/2020	<input type="checkbox"/>
7º	FIRMAS	<input type="checkbox"/>

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO/
REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZON SOCIAL

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

IMPORTANTE: PARA LA AUTORIZACIÓN DE USO DEL LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO PREVIO DEBE HABER SIDO AUTORIZADO Y HOMOLOGADO EL PROGRAMA DE GESTIÓN FARMACÉUTICA.

REVISIÓN: 04-2022