

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO FARMACIAS</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la autorización del Libro Recetario Informatizado.
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farmacéutica Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
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 para farmacias debe haber sido autorizado el programa de gestión farmacéutica respectivo.
Arancel Resolucion 2899/2020	\$2.729
Solicitud	ANEXO XIII

REVISIÓN: 01-2021

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO

### FARMACIA ANEXO XIII

Mendoza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.-

Sra. Jefa del  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes  
 Farmacéutica Irma Inés Mango  
 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 N° 17565 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	<input type="checkbox"/>
6º	ARANCEL POR RESOLUCION 2899/2020	<input type="checkbox"/>
7º	FIRMAS	<input type="checkbox"/>

.....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO  
 S.A. - PRESIDENTE  
 SRL - SOCIO GERENTE  
 OTRO  
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

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

Revisión: 01-2021