

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS DE FARMACIA.</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar Eximición Precaria de Turnos Obligatorios de Farmacia.
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	La Disposición de Eximición Precaria de Turnos Obligatorios de Farmacia es de carácter precario, hasta que la Farmacia que realiza turnos voluntarios de 24 hs, deje de hacerlo, o la Autoridad Sanitaria así lo disponga.
Arancel Resol.Nº2899/2020	\$ 2.729.-
Solicitud	ANEXO XIV

REVISIÓN: 01-2021

## EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS DE FARMACIA

### ANEXO XIV

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.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	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 (SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE) ..... <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art. 16° Dec. 2076/19): .....	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): ..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): ..... HORARIO: .....	<input type="checkbox"/>																														
7°	NOMBRE DE LA FARMACIA QUE REALIZA TURNOS DE 24HS LOS 365 DÍAS DEL AÑO: .....	<input type="checkbox"/>																														
8°	DÍAS Y HORARIOS EN QUE PERMANECERÁ ABIERTA SU FARMACIA:  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">MAÑANA</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">TARDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LUNES A VIERNES</td> <td><input type="checkbox"/> DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>SABADO</td> <td><input type="checkbox"/> DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>DOMINGO</td> <td><input type="checkbox"/> DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> </tr> <tr> <td>FERIADOS</td> <td><input type="checkbox"/> DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> </tr> </tbody> </table>			MAÑANA		TARDE		LUNES A VIERNES	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE	SABADO	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE	DOMINGO	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE	FERIADOS	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE	<input type="checkbox"/>
		MAÑANA		TARDE																												
LUNES A VIERNES	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE																											
SABADO	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE																											
DOMINGO	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE																											
FERIADOS	<input type="checkbox"/> DE	.....	A	.....	DE																											
9°	CERTIFICADO DE DISTANCIA, EMITIDO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, ENTRE SU FARMACIA Y AQUELLA QUE EFECTÚE TURNOS VOLUNTARIOS DE 24 HS LOS 365 DÍAS DEL AÑO.	<input type="checkbox"/>																														
10°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N°2899/2020	<input type="checkbox"/>																														

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

.....  
 FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....  
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....  
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

“LA EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS”

**SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”, ART. 16° DECRETO N°2076/19.**

