

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Cancelación de Registro de Distribuidora de Productos Médicos.
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Distribuidora de Productos Medicos.
Responsable	Farm. 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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: <ul style="list-style-type: none">• Solicitud de Cancelación de Distribuidora de Productos Medicos (ANEXO XIX) con documentación completa.• Listado de Productos Medicos vigentes, con el destino de cada uno, dentro de las 48 horas de iniciado el trámite, el mismo tendrá carácter de declaración jurada y deberá estar firmada por el Farmacéutico Supervisor Técnico y el Responsable Técnico Destinatario de los mismos. En caso de ser enviados a los Fabricantes o Mayoristas deberá presentar nota de crédito. (Situación Especial: Si el Depósito se encuentra en Proceso Judicial, se procederá según Dictamen de Asesoría Letrada).• Listado de Productos Medicos vencidos y destino.
Arancel RESOL. N° 2899/2020	\$ 152
Observaciones	Los trámites de cancelación deberán ser efectuados por el Farmacéutico Supervisor Técnico y el Propietario de la Distribuidora.
Solicitud	Anexo XIX - Cancelación de Distribuidora de Productos Medicos.

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS ANEXO XIX

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa del
Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
Farm. 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 DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS:	<input type="checkbox"/>
2°	UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
6°	INVENTARIO Y DESTINO DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
7°	ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE INVENTARIO Y DESTINO DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS VENCIDOS.	<input type="checkbox"/>
8°	ARANCEL RESOLUCION Nº 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

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

.....
FIRMA SUPERVISOR TÉCNICO

“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”
Revisión: 01-2021