

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Cambio de Dirección Técnica Definitiva Farmacia/ Droguería
Descripción	Requisitos para el Cambio de Dirección Técnica Definitiva.
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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: -Solicitud de "Cambio de Dirección Técnica Definitiva" (ANEXO VII A), perfectamente lleno y con la documentación completa. - Constancia de inscripción en AFIP (Administración Federal de Ingresos Publico) CUIT y denominación. - Abonar arancel si corresponde según Resol N°2899/.
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento, <u>sólo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscrita y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo a lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09.</u> Caso contrario el Cambio de Dirección Técnica debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.
Arancel Resol N°2899/2020	\$3.941.-
Solicitud	ANEXO VII A "CAMBIO DE DIRECCION TECNICA DEFINITIVA FARMACIA/DROGUERIA"

REVISIÓN: 01-2021

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION TECNICA DEFINITIVA
 FARMACIA / DROGUERÍA
 ANEXO VII A**

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 FARMACIA/DROGUERÍA:	<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 (SA - PRESIDENTE/ SRL - SOCIO GERENTE / SC – 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) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
5º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO SALIENTE: NÚMERO DE MATRÍCULA: (Original y Fotocopia) DNI: (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS: EJERCE HASTA: / / 20....	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL NUEVO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO: EJERCE DESDE: / / 20....	<input type="checkbox"/>
7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:	<input type="checkbox"/>
8°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	DECLARACIÓN JURADA DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
10°	DECLARACIÓN JURADA DE DROGAS PSICOTRÓPICAS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
11°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
12°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE ESTUPEFACIENTES SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
13°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES VENCIDOS.	<input type="checkbox"/>
14°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
15°	ARANCEL POR CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA DEFINITIVA SI CORRESPONDE, RESOLUCION N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

16°	SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION TECNICA DEFINITIVA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL NUEVO FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICOS AUXILIARES Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (Último párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO DEL PROPIETARIO Y NUEVO DIRECTOR TECNICO.	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------

“EL CAMBIO DE DIRECCION TECNICA SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”

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

.....
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO
NUEVO

.....
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO
SALIENTE

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 01-2021