

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Cambio Supervisión Farmacéutica Definitiva - Establecimientos Productos Médicos.
Descripción	Requisitos para el Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva Establecimientos Productos Médicos.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
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: -Solicitud de “Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva” (ANEXO VII B), 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°2899/2020.
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento deberá comunicarlo y presentar documentación correspondiente.
Arancel Resol N°2899/2020	\$3.941.-
Solicitud	ANEXO VII B “SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS”

REVISIÓN: 01-2021

**SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA
 ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS
 ANEXO VII B – DECRETO Nº199/11**

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.

1º	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO PRODUCTOS MÉDICOS:	<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 SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE: NÚMERO DE MATRÍCULA: (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS: EJERCE HASTA: / / 20....	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL NUEVO FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:..... EJERCE DESDE: / / 20....	<input type="checkbox"/>
7°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
9°	ARANCEL POR CAMBIO DE SUPERVISIÓN TÉCNICA DEFINITIVA (Resol N°2899/2020)	<input type="checkbox"/>
10°	SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL NUEVO FARMACEUTICO SUPERVISOR TECNICO Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS MEDICOS. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO DEL PROPIETARIO Y NUEVO SUPERVISOR TECNICO.	<input type="checkbox"/>

"EL CAMBIO DE SUPERVISION TECNICA SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL"

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

.....
 FIRMA NUEVO SUPERVISOR

.....
 FIRMA SUPERVISOR SALIENTE

REVISIÓN: 01-2021