

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>Cancelación de Farmacia</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Farmacia.
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farm. 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	<p>Los Psicotrópicos Lista II - III y Estupefacientes Lista I vigentes, serán entregados en carácter de donación al Departamento de Farmacia a los efectos estime corresponder.</p> <p>Medicamentos vencidos: los titulares deberán presentar comprobante de destrucción de acuerdo a lo establecido en Ley 7168 y Decreto 2108, artículos 75º al 78º (Manifiesto de transferencia de residuos farmacéuticos). En caso de no estar inscripto como generador de residuos farmacéuticos a la fecha de cancelación se evaluará de acuerdo a la cantidad de medicamentos la conveniencia de su inscripción.</p> <p>Los Psicofármacos y estupefacientes vencidos deberán estar con sus envases secundarios y primarios y con el listado correspondiente.</p> <p>La farmacia deberá acompañar el reemplazo de Turnos Obligatorios del mes en que cancela, si corresponde, según procedimiento habitual.</p>
Arancel Resol. N° 2899 / 2020	\$152
Solicitud	ANEXO VIII A - Cancelación de Farmacia

REVISIÓN: 01-2021

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE FARMACIA ANEXO VIII A

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 FARMACIA: .....	<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 DIRECTOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
6°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS LISTA IV Y ESTUPEFACIENTES LISTA III. DESTINO. COMPROBANTES DE DEVOLUCIÓN O VENTA SI CORRESPONDIERA. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
7°	ENTREGA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:  7.1 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.2 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.3 LIBRO CONTRALOR DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.4 LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.5 LIBRO DE INYECTABLES (Farmacia) <input type="checkbox"/> 7.6 LIBRO RECETARIO (Farmacia) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:  8.1 PSICOTROPICOS LISTA II Y LISTA III <input type="checkbox"/> 8.2 ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	INVENTARIO Y DESTINO DE APARÁTOS Y ÚTILES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>



---

--	--	--

10°	INVENTARIO Y DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
11°	REEMPLAZO DE TURNOS OBLIGATORIOS DEL MES EN CURSO SEGÚN PROCEDIMIENTO HABITUAL (si corresponde).	<input type="checkbox"/>
12°	ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS BIOMÉDICOS VENCIDOS (SEGÚN LEY 7168 Y DECRETO 2108).	<input type="checkbox"/>
13°	SOLICITUD DE CANCELACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (ultimo párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
14°	ARANCEL POR CANCELACION, RESOLUCION N°2899/2020	<input type="checkbox"/>

**“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”**

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

.....  
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021