

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Cambio de Denominación de la Farmacia.
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de cambio de denominación de la farmacia.
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farmacéutica Patricia Moreno 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	Presentar Nota en el Departamento de Farmacia solicitando el Cambio de Denominación de la Farmacia. Constancia de N° de CUIT del Propietario (adjuntar copia en formato PDF).
Arancel Resolución N°2899/2020	\$6.638.-
Observaciones	<u>En caso de modificación de la propiedad del establecimiento, sólo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscripta y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo con lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09. Caso contrario el Cambio de Denominación debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.</u>
Solicitud	No

REVISIÓN: 06-2022