

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 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	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°2899/20.
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 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 DIRECCIÓN TÉCNICA DEFINITIVA FARMACIA/DROGUERIA"

REVISIÓN: 04-2022

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

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica Patricia Moreno
 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"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF) <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	<input type="checkbox"/>
5º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO SALIENTE: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: EJERCE HASTA: / / 20....	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL NUEVO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO: EJERCE DESDE: / / 20....	<input type="checkbox"/>
7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): 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"/>

IMPORTANTE: La solicitud de Cambio de Dirección Técnica Definitiva debe ser suscripta en forma conjunta por el propietario de la farmacia, el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares (último párrafo Art.6° Dto. N°2076/19). Las firmas del propietario y el nuevo director técnico junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROPIETARIO/
REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZON SOCIAL

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACEUTICO DIRECTOR
TÉCNICO NUEVO

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACEUTICO DIRECTOR
TECNICO SALIENTE

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACEUTICO
ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACEUTICO
ADSCRIPTO 2