

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION TÉCNICA TEMPORARIO SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISION TÉCNICA TEMPORARIO FARMACIA / DROGUERÍA / DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para realizar el cambio temporario de la Dirección Técnica/Supervisión Técnica en un plazo no mayor a 30 días.
Presentación	<b>La solicitud se presenta por correo electrónico al mail <a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a> escaneada, legible y en formato PDF.</b>
Responsable	Farm. Patricia Moreno 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	El Director Técnico o Supervisor Técnico titular deberá presentar: - Anexo VII C comunicando el cambio de la Dirección/Supervisión Técnica, firmado por Director/Supervisor Técnico Titular; el farmacéutico que asume la Dirección/Supervisión Técnica Temporaria y el propietario del establecimiento. - Listado de stock de psicotrópicos y estupefacientes al día que cesa la función de Director Técnico Titular (Droguerías - Farmacias) firmado por ambos farmacéuticos. La misma tendrá carácter de declaración jurada. - Número de los vales libres de sicotrópicos y estupefacientes (Droguerías Farmacias). - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020.
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$303.-
Observaciones	Se deberá indicar la fecha de inicio y finalización del cambio de dirección/supervisión técnica temporaria, el cual no deberá ser superior a 30 días corridos.
Solicitud	ANEXO VII C

REVISIÓN: 04-2022

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION TÉCNICA TEMPORARIO  
 SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN TÉCNICA TEMPORARIO  
 FARMACIA / DROGUERÍA / DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS  
 ANEXO VII C**

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.

1	NOMBRE DE LA FARMACIA/DROGUERÍA/ DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS: .....	<input type="checkbox"/>
2	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3	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 ..... <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"/>
4	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR/SUPERVISOR TÉCNICO: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
5	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR/SUPERVISOR TÉCNICO REEMPLAZANTE: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO (art.26º Dec.355/09): ..... EJERCE REEMPLAZO DESDE: ..... / ..... / 20.... HASTA: ..... / ..... / 20....	<input type="checkbox"/>

6	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO (art.26° Dec.355/09): ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO (art.26° Dec.355/09): .....	<input type="checkbox"/>
7	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR/SUPERVISOR TÉCNICO REEMPLAZANTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	DECLARACIÓN JURADA DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA TEMPORARIA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
9	DECLARACIÓN JURADA DE DROGAS PSICOTRÓPICAS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA TEMPORARIA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
10	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS SIN USO, DEL N°..... AL N° .....	<input type="checkbox"/>
11	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE ESTUPEFACIENTES SIN USO, DEL N°..... AL N° .....	<input type="checkbox"/>
12	ARANCEL POR CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA TEMPORARIO SEGÚN RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
13	FIRMAS	<input type="checkbox"/>

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

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN DIRECTOR/SUPERVISOR  
 TÉCNICO REEMPLAZANTE

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN DIRECTOR/SUPERVISOR  
 TÉCNICO TITULAR

REVISIÓN: 04-2022