

GUÍA DE TRÁMITE

| | |
|-------------------------------|--|
| Trámite | Traslado de Droguerías- Depósitos- Droguerías Industriales |
| Descripción | Requisitos para el Traslado de una Droguerías- Depósitos- Droguerías Industriales. |
| 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: 5500 |
| Horario | Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs. |
| Requisito del Trámite | El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: "Solicitud de Traslado de Droguerías <u>ANEXO X</u> " si corresponde. La factibilidad del traslado está supeditada a la inspección del nuevo local. |
| Arancel Resol N° 2899/2020 | \$ 5457.- |
| Solicitud | ANEXO X "SOLICITUD DE TRASLADO DE DROGUERIA" "LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU POSTERIOR NOTIFICACIÓN" |

REVISIÓN: 08-2022

TRASLADO DE DROGUERIAS DEPOSITOS- DROGUERIAS INDUSTRIALES ANEXO X

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa del
 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 DROGUERIA/ DEPOSITO/ DROGUERIA INDUSTRIAL: | <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) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 5º | NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|---|--------------------------|
| | TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 6° | COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 2076/19) | <input type="checkbox"/> |
| 7° | DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. 2076/19) | <input type="checkbox"/> |
| 8° | CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto 2076/19) | <input type="checkbox"/> |
| 9° | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: | <input type="checkbox"/> |
| 10° | SELLO REGLAMENTARIO CON EL NUEVO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> |
| 11° | ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020. | <input type="checkbox"/> |

“EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL Y SU POSTERIOR NOTIFICACIÓN”.

REVISIÓN: 08-2022