

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>E-Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento.</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Actuación Profesional. <b>Anexo XVII E</b>
Responsable	Farmacéutica 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 interesado deberá completar y presentar ANEXO XVII E.
Arancel Resol. N°2899/2020	Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento. \$152.-
Observaciones	La entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud <b>ANEXO XVII E</b> al Departamento de Farmacia. <b>Todos los certificados tienen una vigencia de 30 días corridos.</b>
Solicitud	Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento. <b>ANEXO XVII E</b>

REVISIÓN: 06-2022

## CERTIFICACION DE COPIA DE RESOLUCION MINISTERIAL DE HABILITACION Y/O COPIA DE PLANO DEL ESTABLECIMIENTO.

### ANEXO XVII E

Mendoza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.-

Sra. Jefa  
Departamento de Farmacia  
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes.  
Farmacéutica Patricia Moreno  
S\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_D

De conformidad con lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO: COPIA DE RESOLUCION MINISTERIAL DE HABILITACION ..... COPIAS DE PLANOS DEL ESTABLECIMIENTO. .....	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN PROPIETARIO

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO

**IMPORTANTE:** la entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud (ANEXO XVII E) como respuesta al correo electrónico del que se solicitó.

**LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.**

Revisión: 06-2022