

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Cambio Supervisión Farmacéutica Definitiva - Establecimientos Productos Médicos.
Descripción	Requisitos para el Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva Establecimientos Productos Médicos.
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farm. 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 Supervisión Farmacéutica Definitiva" (ANEXO VII B), 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°546/2023.
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento deberá comunicarlo y presentar documentación correspondiente.
Arancel Resol N°546/23	UNIDADES FIJAS: 328
Solicitud	ANEXO VII B "SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS"

REVISIÓN: 04-2023

**SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA
 ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS
 ANEXO VII B – DECRETO N°199/11**

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.

1°	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO 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 FÍSICA 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°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO SUPERVISOR 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 SUPERVISOR 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°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO NUEVO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
9°	ARANCEL POR CAMBIO DE SUPERVISIÓN TÉCNICA DEFINITIVA (Resol N°546/23)	<input type="checkbox"/>
10°	SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA ESTABLECIMIENTOS PRODUCTOS MÉDICOS SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE, EL NUEVO FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS MÉDICOS. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: La solicitud de Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva del Establecimiento de Productos Médicos debe ser suscripta en forma conjunta por el Propietario, el Farmacéutico Supervisor Técnico saliente y por el nuevo Farmacéutico Supervisor Técnico. Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

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

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN NUEVO FARMACÉUTICO
 SUPERVISOR TÉCNICO

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN
 SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE

REVISIÓN: 04-2023