

GUIA DE TRAMITE

Trámite	SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION TÉCNICA TEMPORARIO SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISION TÉCNICA TEMPORARIO FARMACIA / DROGUERÍA / DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS
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	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 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°546/23
Arancel Resol. N°546/23	UNDADES FIJAS: 33
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: 04-2023

**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°546/23.	<input type="checkbox"/>
13	FIRMAS	<input type="checkbox"/>

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

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

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

REVISIÓN: 04-2023