# 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 electronico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.** |
| Responsable | Farmacéutica Patricia Moreno<br>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:<br>"Solicitud de Traslado de Droguerías ANEXO X" si corresponde.<br>La factibilidad del traslado está supeditada a la inspección del nuevo local. |
| Arancel<br>Resol Nº 546/23 | UNIDADES FIJAS: 455 |
| Solicitud | **ANEXO X "SOLICITUD DE TRASLADO DE DROGUERIA"**<br>**"LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU POSTERIOR NOTIFICACIÓN"** |

REVISIÓN: 04-2023

# 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:<br>..... | ☐ |
| 2º | DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:<br>.....<br>DISTRITO O SECCIÓN: .....<br>DEPARTAMENTO: .....<br>TELÉFONO: .....<br>CORREO ELECTRÓNICO: ..... | ☐ |
| 3º | DATOS DE LA PROPIEDAD:<br>NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA<br>..... ☐<br>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF)<br>..... ☐<br>DOMICILIO REAL<br>..... ☐<br>DOMICILIO LEGAL<br>..... ☐<br>TELÉFONOS<br>..... ☐<br>PROFESIÓN<br>..... ☐ | ☐ |
| 4º | CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN | ☐ |
| 5º | NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:<br>.....<br>DISTRITO O SECCIÓN: .....<br>DEPARTAMENTO: .....<br>TELÉFONO: .....<br>CORREO ELECTRÓNICO: ..... | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| 6º | COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 2076/19) | ☐ |
| 7º | DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. 2076/19) | ☐ |
| 8º | CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto 2076/19) | ☐ |
| 9º | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: .....<br><br>MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): .....<br>DNI (adjuntar copia en formato PDF): ……..<br>DOMICILIO: .....<br>TELÉFONOS: ..... | ☐ |
| 10° | SELLO REGLAMENTARIO CON EL NUEVO DOMICILIO | ☐ |
| 11º | ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN N°546/23 | ☐ |

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

..... ……..

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

FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 04/2023