

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Solicitud de autorización de extensión horaria, atención 24 horas los 365 días del año.
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para solicitar autorización de extensión horaria, atención 24 horas los 365 días del año.
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: M5500CCB
Horario	Lunes a viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá completar: 1- Declaración Jurada adjunta (ANEXO XII B) perfectamente llena y con la documentación completa. Se les recuerda a los señores propietarios y/o profesionales farmacéuticos, la vigencia del Art. 16º Decreto N°2076/19: De los horarios de las farmacias”
Arancel Resolución N°546/23	UNIDADES FIJAS: 227
Solicitud	ANEXO XII B

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE EXTENSIÓN HORARIA, LAS 24 HS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

ANEXO XII B

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:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>

5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
6°	LOS 365 DÍAS DEL AÑO	<input type="checkbox"/>
7°	ARANCEL RESOLUCION N°546/23	<input type="checkbox"/>

“LA AUTORIZACIÓN TURNOS EXTENDIDOS LAS 24 HS. LOS 365 DÍAS DEL AÑO SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS”

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16º DECRETO N°2076/19, “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS” Y ART. 29º DECRETO N°355/09.

.....
FIRMA DEL PROPIETARIO Y ACLARACION

.....
FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO Y
ACLARACION

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1 Y
ACLARACION

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2 Y
ACLARACION

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3 Y
ACLARACION

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4 Y
ACLARACION

REVISION 04-2023