

GUIA DE TRAMITE

| | |
|--------------------------------|---|
| Trámite | Solicitud de autorización de libro recetario informatizado Farmacias |
| Descripción | Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la autorización del Libro Recetario Informatizado. |
| 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- Solicitud ANEXO XIII En todos los casos antes de la autorización del libro recetario en formato digital para farmacias, debe haber sido autorizado y homologado el programa de gestión farmacéutica. |
| Arancel Resolución N°546/23 | UNIDADES FIJAS: 227 |
| Solicitud | ANEXO XIII |

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO

FARMACIA ANEXO XIII

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

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

Por la presente solicito autorización de utilización de Libro Recetario en formato digital con la asistencia del Programa, en cumplimiento del art. 10º último párrafo de la Ley Nº17.565 último párrafo.

| | | |
|----|---|--------------------------|
| 1º | NOMBRE DE LA FARMACIA: | <input type="checkbox"/> |
| 2º | DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="checkbox"/> |
| 3º | NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA: | <input type="checkbox"/> |
| 4º | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA DOMICILIO: TELÉFONOS: | <input type="checkbox"/> |
| 5º | COPIA EJEMPLO DE MOVIMIENTOS EN LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO A AUTORIZAR. EN CASO DE TRATARSE DE UNA FARMACIA EN TRÁMITE DE HABILITACIÓN, DEBERÁ PRESENTAR LA MUESTRA A LOS SIETE (7) DÍAS DE NOTIFICADA LA RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN. | <input type="checkbox"/> |
| 6º | ARANCEL POR RESOLUCION Nº546/23 | <input type="checkbox"/> |
| 7º | FIRMAS | <input type="checkbox"/> |

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

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

**IMPORTANTE: PARA LA AUTORIZACIÓN DE USO DEL LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO PREVIO
DEBE HABER SIDO AUTORIZADO Y HOMOLOGADO EL PROGRAMA DE GESTIÓN FARMACÉUTICA.**

Revisión: 04-2023