

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Comunicación de Reemplazo de Turno Obligatorio.
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Comunicación de Reemplazo de Turno Obligatorio.
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.
Arancel	Sin Arancel
Solicitud	ANEXO XV

REVISIÓN: 04-2023

COMUNICACION DE REEMPLAZO DE TURNO OBLIGATORIO. ANEXO XV

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°	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 (SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO <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 (adjuntar copia en formato PDF)	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:	<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: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO:	<input type="checkbox"/>
7°	FECHA QUE CORRESPONDE REALIZAR TURNO: TIPO DE TURNO: HASTA LAS 24 <input type="checkbox"/> - TODA LA NOCHE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	MOTIVO POR EL CUAL NO REALIZARÁ TURNO OBLIGATORIO:	<input type="checkbox"/>
9°	NOMBRE DE LA FARMACIA QUE REALIZARA EL REEMPLAZO DEL TURNO:	<input type="checkbox"/>
10°	PRESENTAR NOTA FIRMADA POR LAS FARMACIAS DEL GRUPO <input type="checkbox"/> PRESENTAR COMUNICACIÓN A DIARIOS DE MAYOR TIRADA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DIRECTOR TECNICO
 FARMACIA REEMPLAZANTE

IMPORTANTE: “La eximición de Turnos Obligatorios queda sujeto a aprobación de la Jefatura del Departamento de Farmacia”

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

REVISIÓN 04-2023