

GUIA DE TRAMITE

Trámite	D-Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento. Libre Sanción del Establecimiento y del Profesional.
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Actuación Profesional. Anexo XVII D
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 y presentar ANEXO XVII D.
Arancel Resol. N°546/23	Unidades Fijas: 17
Observaciones	La entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud ANEXO XVII D al Departamento de Farmacia. Todos los certificados tienen una vigencia de 30 días corridos.
Solicitud	Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento. Libre Sanción del Establecimiento y del Profesional. ANEXO XVII D

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD CERTIFICADO DE VIGENCIA DE HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO LIBRE SANCION DEL ESTABLECIMIENTO Y DEL PROFESIONAL.

ANEXO XVII D

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

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

De conformidad con lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DISTRITO O SECCION: DEPARTAMENTO: TELEFONO: CORREO ELECTRONICO:	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO CERTIFICADO DE HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO Y LIBRE SANCIÓN DEL PROFESIONAL SE ENCUENTRA HABILITADO Y EN FUNCIONAMIENTO, PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE:	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N°546/23	<input type="checkbox"/>

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN PROPIETARIO

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO

IMPORTANTE: la entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud (ANEXO XVII D) como respuesta al correo electrónico del que se solicitó.

LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

REVISIÓN: 04-2023