

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>Apertura, Sellado y Rubricado de Libros.</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para la Apertura, Sellado y Rubricado de Libros de uso en la oficina de Farmacia.
Presentación	<b>La solicitud se presenta por correo electrónico al mail <a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a> escaneada, legible y en formato PDF.</b>
Responsable	Farmacéutica Patricia Moreno Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá en el Departamento de Farmacia: - ANEXO XVIII solicitando la Apertura, Sellado y Rubricado del/o los Libros original y copia.
Arancel Resol. N°546/23	Libro Recetario cada 500 fojas: 27 UNIDADES FIJAS Libro Contralor de Psicotrópicos: 27 UNIDADES FIJAS Libro Contralor de Estupefacientes: 51 UNIDADES FIJAS Libro Registro de Inyectables: 27 UNIDADES FIJAS
Observaciones	La entrega de los libros se realizará 48 horas después de presentada la solicitud ANEXO XVIII en el Departamento de Farmacia. Los libros Recetario, Contralor de Psicotrópicos, Contralor de Estupefacientes y Registro de Inyectables, deben ser adquiridos en forma particular por el interesado y llevados al Departamento de Farmacia junto con la nota de solicitud del trámite para su rúbrica.
Solicitud	Apertura, Sellado y Rubricado de Libros - <b>ANEXO XVIII</b>

REVISIÓN: 04-2023

## SOLICITUD APERTURA, SELLADO Y RUBRICADO DE LIBROS OFICIALES

### FARMACIA/DROGUERÍA ANEXO XVIII

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 el abajo firmante tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/DROGUERÍA: .....	<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 copia en formato PDF) ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
5°	SOLICITO APERTURA, SELLADO Y RUBRICADO DE:  LIBRO RECETARIO (SÓLO FARMACIAS) <input type="checkbox"/> LIBRO CONTRALOR SICOTRÓPICOS <input type="checkbox"/> LIBRO CONTRALOR ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> LIBRO REGISTRO DE INYECTABLES (SÓLO FARMACIAS) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N°546/23	<input type="checkbox"/>

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

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN  
 FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

**IMPORTANTE: LA ENTREGA DE LOS LIBROS SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA SOLICITUD (ANEXO XVIII) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA.**

REVISIÓN: 04-2023