

GUIA DE TRAMITE

| | |
|-----------------------|---|
| Trámite | Cancelación de Registro de Distribuidora de Productos Médicos. |
| Descripción | Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Distribuidora de Productos Médicos. |
| Presentación | La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF. |
| Responsable | Farm. 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 presentar en el Departamento de Farmacia: <ul style="list-style-type: none">• Solicitud de Cancelación de Distribuidora de Productos Médicos (ANEXO XIX) con documentación completa.• Listado de Productos Médicos vigentes, con el destino de cada uno, dentro de las 48 horas de iniciado el trámite, el mismo tendrá carácter de declaración jurada y deberá estar firmada por el Farmacéutico Supervisor Técnico y el Responsable Técnico Destinatario de los mismos. En caso de ser enviados a los Fabricantes o Mayoristas deberá presentar nota de crédito. (Situación Especial: Si el Depósito se encuentra en Proceso Judicial, se procederá según Dictamen de Asesoría Letrada).• Listado de Productos Médicos vencidos y destino. |
| Observaciones | Los trámites de cancelación deberán ser efectuados por el Farmacéutico Supervisor Técnico y el Propietario de la Distribuidora. |
| Solicitud | Cancelación de Distribuidora de Productos Médicos - Anexo XIX |

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS ANEXO XIX

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

Sra. Jefa del
Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
Farm. 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 DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS: | <input type="checkbox"/> |
| 2° | UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: | <input type="checkbox"/> |
| 3° | NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA: | <input type="checkbox"/> |
| 4° | CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (adjuntar copia en formato PDF) | <input type="checkbox"/> |
| 5° | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: | <input type="checkbox"/> |
| 6° | INVENTARIO Y DESTINO DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN. | <input type="checkbox"/> |
| 7° | ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE INVENTARIO Y DESTINO DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS VENCIDOS. | <input type="checkbox"/> |

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

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN SUPERVISOR TÉCNICO

“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN: 04-2023