

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Cambio de Denominación de Farmacia/Droguería/ Distribuidora de Productos Médicos</b>
Descripción	Requisitos presentar <b>nota</b> en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de cambio de denominación de la Farmacia, Droguería o Distribuidora.
Presentación	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.
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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	<b>Presentar Nota</b> en el Departamento de Farmacia solicitando el Cambio de Denominación de la Farmacia/ Droguería/ Distribuidora de Productos Médicos. Constancia de N° de CUIT del Propietario (adjuntar copia en formato PDF).
Arancel Resolución N°546/23	UNIDADES FIJAS 553
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento, <u>sólo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscripta y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo con lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09.</u> Caso contrario el Cambio de Denominación debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.
Solicitud	No

REVISIÓN: 04-2023