

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Cancelación de Farmacia
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Farmacia.
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	<p>Los Psicotrópicos Lista II - III y Estupefacientes Lista I vigentes, serán entregados en carácter de donación al Departamento de Farmacia a los efectos estime corresponder.</p> <p>Medicamentos vencidos: los titulares deberán presentar comprobante de destrucción de acuerdo con lo establecido en Ley 7168 y Decreto 2108, artículos 75º al 78º (Manifiesto de transferencia de residuos farmacéuticos). En caso de no estar inscripto como generador de residuos farmacéuticos a la fecha de cancelación se evaluará de acuerdo con la cantidad de medicamentos la conveniencia de su inscripción.</p> <p>Los Psicofármacos y estupefacientes vencidos deberán estar con sus envases secundarios y primarios y con el listado correspondiente.</p> <p>La farmacia deberá acompañar el reemplazo de Turnos Obligatorios del mes en que cancela, si corresponde, según procedimiento habitual.</p>
Solicitud	ANEXO VIII A - Cancelación de Farmacia

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE FARMACIA ANEXO VIII A

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa
 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 FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2°	UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA: NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF).....	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – Nº 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:	<input type="checkbox"/>
6°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS LISTA IV Y ESTUPEFACIENTES LISTA III. DESTINO. COMPROBANTES DE DEVOLUCIÓN O VENTA SI CORRESPONDIERA. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
7°	ENTREGA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE: 7.1 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.2 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.3 LIBRO CONTRALOR DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.4 LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.5 LIBRO DE INYECTABLES (Farmacia) <input type="checkbox"/> 7.6 LIBRO RECETARIO (Farmacia) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE: 8.1 PSICOTROPICOS LISTA II Y LISTA III <input type="checkbox"/> 8.2 ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9°	INVENTARIO Y DESTINO DE APARÁTOS Y ÚTILES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
10°	INVENTARIO Y DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
11°	REEMPLAZO DE TURNOS OBLIGATORIOS DEL MES EN CURSO SEGÚN PROCEDIMIENTO HABITUAL (si corresponde).	<input type="checkbox"/>
12°	ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS BIOMÉDICOS VENCIDOS (SEGÚN LEY 7168 Y DECRETO 2108).	<input type="checkbox"/>
13°	SOLICITUD DE CANCELACION SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (último párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: La solicitud de cancelación debe ser suscripta en forma conjunta por el Propietario de la Farmacia y por el farmacéutico Director Técnico (último párrafo Art.6° Dto. N°2076/19). Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

“LA CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN.”

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

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACEUTICO DIRECTOR
TÉCNICO

REVISIÓN: 04-2023