

GUÍA DE TRÁMITE

| | |
|---------------------------|--|
| Trámite | Traslado de Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos |
| Descripción | Requisitos para el Traslado de una Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos |
| Presentación | La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive. |
| Responsable | Jefe Departamento de Farmacia. |
| Email | deptofarmacia@mendoza.gov.ar |
| Teléfonos | 0261-4234715 / 0261-4255062 |
| Oficina | Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: 5500 |
| Horario | Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs. |
| Requisito del Trámite | El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: “Solicitud de Traslado de Droguerías – Distribuidores de Productos Médicos <u>ANEXO X</u> ” si corresponde. La factibilidad del traslado está supeditada a la inspección del nuevo local. |
| Arancel (Resol N° 546/23) | 455 UF |
| Solicitud | ANEXO X “SOLICITUD DE TRASLADO DE DROGUERIA – DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÈDICOS” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL” |

REVISIÓN: 12-2024

TRASLADO DE DROGUERIAS DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS ANEXO X

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Sra. Jefa
 Farm. María Elsa García
 S _____ / _____ D

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

| | | |
|----|--|--------------------------|
| 1º | NOMBRE DE LA DROGUERIA/ DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS MEDICOS: | <input type="checkbox"/> |
| 2º | DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="checkbox"/> |
| 3º | DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / SCS - SOCIO DESIGNADO) <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4º | CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia). | <input type="checkbox"/> |
| 5º | NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="checkbox"/> |
| 6º | COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6º Inc. g) Dto. | <input type="checkbox"/> |

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

| | | |
|-----|---|--------------------------|
| | 2076/19) | |
| 7º | DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6º Inc. e) Dto. 2076/19) | <input type="checkbox"/> |
| 8º | CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.(Art 6º inc. f) Decreto 2076/19) | <input type="checkbox"/> |
| 9º | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TECNICO: NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: | <input type="checkbox"/> |
| 10º | SELLO REGLAMENTARIO RESOLUCIÓN N° AÑO: (Adjuntar copia de Resolución de Habilitación) | <input type="checkbox"/> |
| 11º | ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN 2899/2020 | <input type="checkbox"/> |

“EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”.

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 SRL-SOCIO GERENTE
 SCS- UNO DE LOS SOCIOS
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR
 TÉCNICO

.....
 FIRMA BIOINGENIERO SUPERVISOR TÉCNICO

REVISIÓN: 12-2024