

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBROS INFORMATIZADOS / ELECTRONICOS
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la autorización del Libro Recetario Informatizado.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	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 completar: 1- Solicitud ANEXO XIII En todos los casos antes de la autorización para establecimientos debe haber sido autorizado el programa de gestión farmacéutica respectivo.
Arancel según Resol N° 546/2023	227 UF
Solicitud	ANEXO XIII

REVISIÓN: 12-2024

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBRO
INFORMATIZADO/ELECTRONICO

ANEXO XIII

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
Sra. Jefa
Farm. Maria Elsa Garcia
S_____/_____. D

Por la presente solicito autorización de utilización
de sistema informatizado/ electronico

1º	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	☐
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3º	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	☐
4º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA DOMICILIO: TELÉFONOS:	☐
5º	LIBRO ELECTRONICO: ☐ LIBRO INFORMATIZADO ☐ RECETARIO..... ☐ OFICIAL PSICOTROPICOS..... ☐ OFICIAL ALCALOIDES..... ☐	☐
6º	SISTEMA PROPUESTO.....	☐
6º	ARANCEL RESOLUCION 546/2023	☐

.....
☐ FIRMA DEL PROPIETARIO
☐ S.A. - PRESIDENTE
☐ SRL - SOCIO GERENTE
☐ OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

**IMPORTANTE: PARA LA AUTORIZACIÓN DE USO DEL LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO PREVIO
DEBE HABER SIDO AUTORIZADO EL PROGRAMA DE GESTIÓN FARMACÉUTICA**

Revisión: 12-2024