

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Cambio de Denominación de Establecimiento
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de cambio de denominación de la farmacia.
Responsable	Jefa Departamento de Farmacia. Farm. María Elsa Garcia
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	Presentar nota en el Departamento de Farmacia solicitando el Cambio de Denominación de la Farmacia. Constancia de N° de CUIT del Propietario. Abonar el arancel correspondiente, Resolución N° 546/2023 según el tipo de recetario.
Arancel (Resol 546/2023)	553 UF
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 a lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09.</u> Caso contrario el Cambio de Denominacion debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.
Solicitud	No

REVISIÓN: 12-2024