

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Autorización Atención Permanente las 24 hs, los 365 días del año.
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la autorización de turnos extendidos o atención permanente las 24 hs. los 365 días del año.
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 Director Técnico de la farmacia deberá presentar: - Anexo XIX firmado por el Farmacéutico Director Técnico, Farmacéuticos Auxiliares y Propietario, solicitando la Autorización de turnos voluntarios extendidos o atención permanente las 24 hs. los 365 días del año. - La disposición de autorización de turnos extendidos o atención permanente las 24 hs. los 365 días del año estará supeditada al cumplimiento del Art. 6° Ley N° 7303, Capítulo V y Art. 16º Decreto N° 2076/19.
Arancel según Resol N° 546/2023	227 UF
Solicitud	ANEXO XIX

REVISIÓN:12-2024

AUTORIZACIÓN ATENCIÓN PERMANENTE LAS 24 HS. LOS 365 DÍAS
DEL AÑO

ANEXO XIX

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud y Deportes
Sra. Jefa
Farm. María Elsa Garcia
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:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ☐ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SC - SOCIO DESIGNADO) ☐ NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original Y Fotocopia) ☐ DOMICILIO REAL ☐ DOMICILIO LEGAL ☐ TELÉFONOS ☐ PROFESIÓN ☐	☐
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ADMINISTRACION TRIBUTARIA MENDOZA (A.T.M). – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	☐
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia): NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16º Decreto N° 2076/19):	☐

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia): NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia):..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO:	☐
7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia):..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia):..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO:	☐
8°	ARANCEL SEGÚN RESOL 546/2023	☐

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

.....
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 3

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 4

LA AUTORIZACIÓN TURNOS EXTENDIDOS O ATENCIÓN PERMANENTE LAS 24 HS. LOS 365 DÍAS DEL AÑO SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS”

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16º DECRETO N°2076/19, “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”.

Revisión: 12-2024