

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

GUÍA SIMPLIFICADA DE TRÁMITE

Trámite	Cancelación de Establecimiento Farmacéutico
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Farmacia.
Presentación	La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.
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	<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 a 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 a 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 que cancela registro deberá acompañar el reemplazo de Turnos Obligatorios del mes en que cancela, si corresponde, según procedimiento habitual.</p>
Arancel según Resol N° 546/23	Sin cargo
Solicitud	ANEXO VIII - Cancelación de Establecimiento Farmacéutico

REVISIÓN: 12-2024

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO ANEXO VIII A

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.

1°	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
2°	UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA HUMANA O JURÍDICA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: D.N.I (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"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

7°	ENTREGA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:		<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
8°	ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:		<input type="checkbox"/>	
	8.1	PSICOTROPICOS LISTA II Y LISTA III		<input type="checkbox"/>
	8.2	ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II	<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 BIOMÉDICOS 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 / SUPERVISOR TECNICO Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO		<input type="checkbox"/>	

“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

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

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR/ SUPERVISOR
 TÉCNICO

REVISIÓN: 12-2024