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 Nº de CUIT del Propietario.
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento, 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. Caso contrario el Cambio de Denominacion debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.
Solicitud	No

REVISIÓN: 05-2025