

FORMATO A-5 COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:	
a) DIRECCIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	<input type="checkbox"/>

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID)

CATEGORÍA:	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD <input type="checkbox"/>
	DROGUERIA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	N°. REGISTRO DE EF	<input type="text"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
4a. Correo Electronico:	<input type="text"/>		
5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado ante DEMID):			
5a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
		INT.:	<input type="text"/>
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>
		LOTE.:	<input type="text"/>
5c. DISTRITO:	<input type="text"/>	5d. PROV.:	<input type="text"/>
		5e. DPTO.:	<input type="text"/>
5f. Telefono:	<input type="text"/>		
5.g El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Psicotropicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estupefacientes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Psicotropicos Lista IVB	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

6. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO:

6a. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
COLEGIATURA: N°	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
		DNI:	<input type="text"/>
		Telf:	<input type="text"/>

6b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De.. A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____
<input type="checkbox"/> VIERNES	_____
<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____
<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____

7. REQUISITOS: (PROCEDIMIENTO N° 111 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA - Artículo 16, segundo párrafo del D.S. N° 004-2021-SA.)

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

 Firma y sello del Director Técnico
 / Químico Farmacéutico Asistente

 Firma del Propietario o Representante Legal
 y sello del establecimiento farmacéutico