

DECLARACIÓN JURADA

Yo, identificado con DNI N°
....., domiciliado en.....,
distrito de, provincia dey departamento de,
propietario / representante legal del **establecimiento farmacéutico**:,
con **RUC N°**....., **ubicado en**.....,
distrito de, provincia de..... y departamento de, habiendo
contado con la Dirección Técnica (del / la) profesional **Químico Farmacéutico**,
con CQFP N°.....; **declaro bajo juramento** no contar con existencia de Productos Farmacéuticos,
Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

En señal de conformidad firmo la presente.

Jaén,..... de..... del año 20.....

PROPIETARIO O REP. LEGAL DEL EEFF

N° DNI

FIRMA Y SELLO