

Nº Solicitud: _____

Fecha: _____

SOLICITUD DE PERMISO DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIAS, FARMACIAS Y EXPENDIOS

De conformidad con lo establecido en la providencia 189-2015 de fecha 09 de Septiembre del 2015, donde se delega a las Coordinaciones Estadales de Contraloría la competencia para el otorgamiento de permisos solicitados por representantes de farmacias, droguerías y expendios de medicamentos. **NUEVO () RENOVACION ()**

Regente: _____ Nº Cédula: _____
 Propietario: _____ Nº Cédula: _____
 Teléfono: _____ e-mail: _____
 Dirección: _____
 Estado: _____ Tipo de establecimiento: _____

REQUISITOS DIRECCION DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMETICOS	DROGUERIA	FARMACIAS			EXPENDIOS
		COIMERCIALES	SOCIALES O POPULARES, MOVILES	FARMACIA ASISTENCIAL DE HOSPITALES/ SERVICIO INTERNO	
FOTOCOPIA DEL TÍTULO DEL FARMACÉUTICO(A)					
FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO CAMBIO DE REGENCIA					
FOTOCOPIA DEL REGISTRO MERCANTIL O ACTA CONSTITUTIVA					
DECLARACIÓN JURADA					
FOTOCOPIA REDUCIDA DEL PLANO DESCRIPTIVO DE LAS AREAS A ESCALA DEL ESTABLECIMIENTO.					
AUTORIZACIÓN OTORGADA POR EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL FARMACÉUTICO REGENTE					
RESOLUCIÓN MINISTERIAL DE LA CREACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, DONDE INDIQUE LA CREACIÓN DE LA FARMACIA O SERVICIO INTERNO DE MEDICAMENTOS					
FOTOCOPIA DE LA CONSTANCIA DE REGISTRO COMO AUXILIAR DE FARMACIA					
ORIGINAL DE LA CERTIFICACIÓN EXPEDIDA, FIRMADA Y SELLADA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA DEL CONCEJO MUNICIPAL, SEÑALANDO QUE NO EXISTE OTRO EXPENDIO EN LA LOCALIDAD Y QUE LA FARMACIA MÁS CERCANA SE ENCUENTRA UBICADA A 5 O MÁS KILÓMETROS					
CONSTANCIA DE PAGO DE TARIFA AL SACS					

DATOS PAGO TARIFA

BANCO	Nº BAUCHER O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	MONTO (Bs.)

 Firma Farmacéutico Regente

PARA USO EXCLUSIVO DEL SACS

RECIBIDO POR:	SELLO SACS
FECHA:	



DECLARACIÓN JURADA

Yo _____ titular de la Cédula de Identidad N°: _____ actuando en mi carácter de Solicitante del Permiso de Instalación () Funcionamiento () (Nuevo ___ Renovación ___) Solicitud N° _____, antes el **SACS** del establecimiento _____, declaro bajo juramento que reconozco, acepto y cumplo con todas las normas sanitarias que competen al tipo de permiso que estoy solicitando al **SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA**, así mismo doy fe de que el contenido total de la información suministrada, así como los documentos respectivos, son absolutamente cierto y veraz. A la vez manifiesto que poseo todos los requisitos necesarios para solicitar este permiso y prestare toda colaboración y facilitaré los recaudos que requiera el SACS al momento de realizar la inspección pertinente.

PULGAR DERECHO	PULGAR IZQUIERDO

Farmacéutico Regente

PARA USO EXCLUSIVO DEL SACS

RECIBIDO POR:	SELLO SACS
FECHA:	

