

SOLICITUD DE REGISTRO **POR PRIMERA VEZ DE DROGUERÍA O DISTRIBUIDORA PARA LA
COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O PRODUCTOS MÉDICOS, EN EL ÁMBITO DE LA PROVINCIA
DE JUJUY**

La presente constituye Declaración Jurada – Marcar las opciones que corresponda

San Salvador de Jujuy, de de 20

A la Sra. Jefe del Departamento Provincial de Farmacia

Farm.....

Su despacho:

El/La que suscribe, Farm.M.P./N N°....., DT Farm. de

Droguería/Distribuidora de PM:..... Razón Social:.....

CUIT:....., Sita en calle:.....N°.....de la

Ciudad de:.....Provincia:.....Tel.....

e-mail:.....

Apoderado:.....DNI N°:

Solicita a Ud. el Registro de registro de la Empresa, para comercializar:

Medicamentos y Especialidades Medicinales <input type="checkbox"/>	Productos médicos y productos para Diagnostico de uso In Vitro <input type="checkbox"/>	Con cadena de frío <input type="checkbox"/> Sin cadena de frío <input type="checkbox"/>
Legajo N°..... Disposición/es: N°.....	Legajo N°..... Disposición/es N°.....	

A continuación se detalla la documentación respaldatoria que se acompaña a la presente carpeta:

	Detalle	Cantidad de folios	Verificado (uso interno)
1	Constancia de CUIT con fecha de emisión actualizada		
2	Constitución Contrato Social de la Empresa – Con su respectiva inscripción en Registro Público en la Provincia de origen. Copia certificada		
3	Dispone emitido por la autoridad de habilitación y aprobación de la Provincia de origen en vigencia. Copia Certificada		

SOLICITUD DE REGISTRO **POR PRIMERA VEZ DE DROGUERÍA O DISTRIBUIDORA PARA LA
COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O PRODUCTOS MÉDICOS, EN EL ÁMBITO DE LA PROVINCIA
DE JUJUY**

4	Copia de Disposición emitida por ANMAT que lo habilite al Tráfico Interprovincial en vigencia para los rubros que declara.		
5	Original de DDJJ de vehículos que realizan la logística y la documentación solicitada para Transporte de acuerdo a Res. 717/11, Firmada por el Director Técnico Farmacéutico.		
6	<u>Si es Proveedor del Estado:</u> copia del Registro de proveedores del estado en vigencia		
7	Copia Certificada y autenticada del poder especial a favor de la /las personas que esté/n autorizada/s por la empresa para oficiar de representante/s de la firma ante los org. Provinciales, (si lo tuviere) .		
	Si comercializa PM: DECLARACIÓN JURADA DE PROVEEDORES copia de los Dispones de habilitación de los proveedores		

En caso de no haber obtenido registro durante los últimos tres años se considerará solicitud por primera vez a fin de presentación de requisitos.

Abona Arancel en vigencia:

Ítem - Registro de Droguería

Ítem - Registro de Distribuidora de PM

Ítem - Registro por cada vehículo propio- Si cuenta con servicio de Logista habilitado acreditado no se cobra.

Forma de pago:

- En Tesorería de la Dirección General de Administración, (se Confecciona Orden en DPF)
- Mediante depósito o transferencia bancaria a Banco Macro Cta. Cte. del Ministerio de Salud N° 32 000 940 143 685/8. CBU: 2850200930094014368581 -

Debiendo presentar comprobante de depósito o transferencia ante el DPF

.....

Firma y sello/MP
DT Farm.

DNI:

.....

Firma y aclaración
Responsable Comercial

DNI:

**Sello de recepción de
Documentación ante DPF:**

.....

Firma y aclaración
del agente (DPF)