

I. DATOS DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Yo, _____ con cédula No. _____, residente en _____ y profesión _____ en condición de Propietario Representante Legal Apoderado del establecimiento farmacéutico denominado _____ me dirijo a usted, para solicitar: INICIO RENOVACIÓN MODIFICACIÓN de la licencia de Operación **F/DNFD** para el año fiscal _____. En caso de MODIFICACIÓN, estoy modificando lo siguiente: _____
Declaro a continuación los datos del establecimiento

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO Y DEL REGENTE

Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____
Provincia: _____ (Calle o Avenida, Edificio, Local) Distrito: _____ Corregimiento: _____
Teléfono fijo: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____
No. de Licencia de Operación expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas **F/DNFD**.
El establecimiento farmacéutico se dedicará adquisición al por mayor, venta al por menor de productos farmacéuticos y dispensación de medicamentos mediante la presentación de prescripción médica. Además del manejo de Medicamentos Sujetos A Control: SI NO y operará en el siguiente horario:
Lunes a viernes _____
Sábados _____
Domingos _____
Feriados _____
Lunes a Domingos y Días Feriados _____ ó 24 horas
El regente farmacéutico es _____, con registro de idoneidad _____ y número de cédula _____, No. de teléfono fijo _____ con residencia actual en _____
Corregimiento _____ Distrito _____ Provincia _____
Su horario de regencia es de Lunes a Viernes de _____
Sábados de _____ Domingos de _____
Feriados de _____ Anexamos rotación de horario. (SI NO)
Trabaja en otra empresa denominada _____
Los farmacéuticos de turno son (1) Lic. _____ Idoneidad _____
En horario de _____
(2) Lic. _____ Idoneidad _____ en horario _____
(3) Lic. _____ Idoneidad _____ en horario _____
Doy fe de la información anterior.
Representante Legal/Propietario/Apoderado Cédula _____ Regente Farmacéutico Reg. Cédula _____ Farmacéutico de Turno (1) Reg. Cédula _____
Farmacéutico de Turno (2) Reg. Cédula _____ Farmacéutico de Turno (3) Reg. Cédula _____
OTRO SI: _____
Observación
1. Adjunte este formulario con lo que se indica en la **LISTA DE REQUISITOS PREVIOS**.

Observación: Esta solicitud debe estar franqueada con **B/. 8.00** en timbres fiscales o adjuntar Boleta de pago fiscal del Banco.