

DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
DEPARTAMENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD A ESTABLECIMIENTOS
FARMACEUTICOS Y NO FARMACEUTICOS - **SECCIÓN DE LICENCIAS**
SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE AGENCIAS DE
DISTRIBUCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

I. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Yo, _____ con cédula o Pasaporte
No.: _____, residente en: _____
_____ y profesión: _____ en condición de: Representante Legal Apoderado
del establecimiento farmacéutico denominado: _____
me dirijo a usted para solicitar por: INICIO RENOVACIÓN MODIFICACIÓN del Establecimiento
Farmacéutico clasificado como **AGENCIA DE DISTRIBUCION** para el año fiscal _____. En caso de
MODIFICACIÓN, estoy modificando lo siguiente: _____
Declaro a continuación los datos del establecimiento.

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO Y DEL REGENTE

Nombre del Establecimiento: _____
Dirección: _____
(Calle o Avenida, Edificio, Local)
Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____
Teléfono Fijo: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____
No. de Licencia de Operación expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas: _____ **A/DNFD.**

El Establecimiento Farmacéutico se dedicará a (COPIAR IGUAL COMO INDICA LA LICENCIA):

Y operará en el siguiente horario:

Lunes a viernes _____
Sábados _____
Domingos _____
Feriados _____
Lunes a Domingos y Días Feriados 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: _____
y días feriados de _____ y en horario **presencial de supervisión**
farmacéutica (sólo para Agencias de Distribución de cosméticos, plaguicidas de uso doméstico y de salud
pública, desinfectantes y productos de limpieza), de lunes a viernes de:
_____; sábados de: _____
_____; domingos de: _____ y días feriados de
_____. Anexar rotación de horario. (Si aplica)

Trabaja en otra empresa denominada: _____
Doy fe de la información anterior.

Representante Legal Apoderado
Cédula / Pasaporte: _____

Regente Farmacéutico Registro
Cédula: _____

OTRO SÍ: _____

Observaciones:

1. La actividad a la que se dedica la empresa debe **coincidir** con el Aviso de Operación (Sujeto a Verificación).
2. El Regente Farmacéutico, en caso de tener otro empleo, debe anexar la carta de Certificación de horario de la empresa o institución donde labore y a su vez debe estar firmada por su jefe inmediato.
3. Esta solicitud debe estar franqueada con **B/. 8.00** en timbres o adjuntar Boleta de Pago Fiscal del Banco, por el mismo valor.
4. En caso de Apoderado, debe adjuntar **PODER NOTARIADO**.