1. **DATOS DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | Cédula/Pasaporte: |
| En condición de: | | Propietario Representante Legal Apoderado | |
| Profesión: | | | |
| Dirección Residencial: | | | |
| Solicito el trámite por: | | | |
| Apertura Renovación | | | |

1. **DATOS OPERATIVOS DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Comercial del establecimiento: |  | | | |
| Permiso N°: |  | | | |
| Dirección: |  | | | |
| Provincia: | Distrito: | Corregimiento: | | |
| Teléfono (**obligatorio**): |  | | | |
| Correo electrónico (**obligatorio**): | | | | |
| Horario de atención al público: -------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | |
| Lunes a Viernes: |  | | Sábados: | |
| Domingos: |  | | Feriados: | |
| Lunes a Domingos y Feriados |  | | | **24 horas** |

1. **DATOS DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Farmacéutico:** | | |
| Nº de idoneidad: | | |
| Cédula: | Teléfono: | Correo electrónico: |
| Dirección residencial: | | |
| Horario presencial del Farmacéutico | | |
| Lunes a Viernes |  | |
| Sábados |  | |
| Domingos |  | |
| Feriados |  | |
| Trabaja en otra empresa | Sí No    Nombre de la empresa: | |
| -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | |

Damos fe de lo anterior, **los firmantes:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propietario/Representante Legal/Apoderado** **Farmacéutico**

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\vachen\Downloads\descarga.jpg | MINISTERIO DE SALUD  DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS  DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA DE CALIDAD A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS Y NO FARMACÉUTICOS  SECCIÓN DE LICENCIAS DE OPERACIÓN A ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS Y NO FARMACÉUTICOS | | |
| Versión N°: 02-SLO-20 | Fecha de emisión: 17 de Febrero de 2020 | Página **2** de **2** |
| **SOLICITUD DE PERMISO DE OPERACIÓN DE ESTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CLÍNICAS** | | | |

Según el trámite seleccionado, deberá adjuntar la siguiente documentación:

1. Apertura de Establecimiento

\_\_\_\_ Original del Certificado de Registro Público. (Si aplica).

\_\_\_\_ Fotocopia de cédula del Representante Legal o Propietario y/o apoderado.

\_\_\_\_ Fotocopia simple del **AVISO DE OPERACIÓN**, que indique la actividad autorizada por Farmacia y Drogas, el representante legal del establecimiento comercial y estar Activo en Panamá Emprende (sujeto a verificación)

\_\_\_\_ En caso que el regente labore en otra empresa, anexar carta de **certificación de horario** del regente, firmado por el Jefe Inmediato y/o Representante Legal o Propietario de la otra empresa.

\_\_\_\_ Poder Notariado (Apoderado Especial)

1. Renovación del Permiso de Operación

\_\_\_\_ Fotocopia del último Permiso de Operación autorizado.

\_\_\_\_ Fotocopia de cédula del Regente y de Representante Legal o Propietario y/o Apoderado (**sólo si se ha realizado algún cambio).**

\_\_\_\_ En caso que el regente labore en otra empresa, ANEXAR cartas de CERTIFICACIÓN DE HORARIO DEL REGENTE firmadas por el Jefe Inmediato y/o Representante Legal o Propietario de la otra empresa.

\_\_\_\_ Fotocopia del Certificado de Registro Público. (Si aplica). **Válido solo por seis meses** después de su fecha de expedición.

\_\_\_\_ Fotocopia simple del **AVISO DE OPERACIÓN**, que indique la actividad autorizada por Farmacia y Drogas, el representante legal del establecimiento comercial y estar Activo en Panamá Emprende (sujeto a verificación)

1. Costos de los trámites:

* Permiso anual de Operación de Estación de Medicamentos: B/. 100.00
* 4 Formularios de informe trimestral para sustancias controladas B/. 20.00

1. Doy fe que adjunto todos los requisitos indicados de acuerdo al trámite seleccionado:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por el Establecimiento (Nombre legible) Por la DNFD (Recepción de documentos)

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fundamento Legal:**

Decreto Ejecutivo N° 95 de 14 de mayo 2019

Resolución 53 de 14 de Diciembre de 1993

**\*\*Para consultas, puede contactarse al teléfono 512-9170 o al correo electrónico vachen@minsa.gob.pa\*\***