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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | Cédula: |
| En condición de: | | Propietario Representante Legal Apoderado | | |
| Dirección residencial: | |  | | |
| Solicito el trámite por: | | Apertura | Modificación por:  Cambio de ubicación Rep. Legal  Razón social Otros: | |
| Renovación |

1. **TIPO DE ESTABLECIMIENTO (sólo escoja uno)**

|  |
| --- |
| **Establecimiento No Farmacéutico**  **Máquinas Automáticas Expendedoras** |

1. **DATOS OPERATIVOS DEL ESTABLECIMIENTO O MÁQUINAS AUTOMÁTICAS EXPENDEDORAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Comercial del establecimiento: |  | | | | Inscripción N°: |
| Número único de serie del equipo: |  | | | | |
| Dirección o ubicación exacta de la máquina: |  | | | | |
| Provincia: | Distrito: | | | Corregimiento: | |
| Teléfono (**obligatorio**): |  | Correo electrónico (**obligatorio**): | | | |
| Horario de atención al público (si aplica) o en el caso de las máquinas automáticas expendedoras de medicamentos será el mismo que el del lugar en donde esté ubicada: | | | | | |
| Lunes a Viernes: |  | | Sábados: | | |
| Domingos: |  | | Feriados: | | |
| * El **Establecimiento No Farmacéutico** es aquel que únicamente puede comprar y vender al por menor productos farmacéuticos de venta popular o que no tengan la leyenda “venta bajo receta médica” o frase similar, también conocido como de venta sin receta médica. En el caso de las **máquinas automáticas expendedoras** de medicamentos de venta popular su actividad es “almacenamiento y venta al por menor de productos farmacéuticos clasificados como de venta popular”. * Deberán cumplir con las Buenas Prácticas de Almacenamiento según normativa vigente. * Esta inscripción NO permite la importación, distribución y ventas al por mayor, ni para solicitar registro sanitario, ni para Licitaciones Públicas. * Para las máquinas dispensadoras el horario de atención al público será el mismo que del local donde estén ubicadas. | | | | | |

Damos fe de lo anterior,

Firma del Propietario/Representante Legal/Apoderado

Cédula

Base Legal: Resolución 415 del 9 de julio de 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\vachen\Downloads\descarga.jpg | 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°: SLO-2021 | Fecha de emisión: 11 de marzo de 2021 | Página **2** de **2** |
| **SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE BOTIQUINES DE PUEBLO**  **E INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTO NO FARMACEUTICO Y MÁQUINAS EXPENDEDORAS** | | | |

Según el trámite seleccionado, deberá adjuntar la siguiente documentación:

1. **APERTURA / RENOVACIÓN**

**\_\_\_\_** Fotocopia de cédula del Representante Legal o Propietario.

**\_\_\_\_** PODER NOTARIADO(Apoderado especial) o FOTOCOPIA DEL PODER GENERAL(si aplica).

**\_\_\_\_** Fotocopia simple del **AVISO DE OPERACIÓN,** que detalle al representante legal del establecimiento comercialy la actividad autorizada de venta al por menor de medicamentos de venta popular o sin receta médica. Deberá estar Activo en Panamá Emprende (Sujeto a verificación). Para las máquinas automática expendedora de medicamentos, debe presentar el aviso de operación de la persona natural o jurídica responsable de la máquina automática expendedora de medicamentos.

**\_\_\_\_** Original del Certificado de Registro Público. EL CERTIFICADO ES VALIDO SOLO POR **SEIS MESES** DESPUES DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN. Sólose presenta si es **SOCIEDAD ANÓNIMA.** Para las máquinas automáticas expendedoras de medicamentos, debe presentar el Registro Público de la empresa responsable de la misma.

**\_\_\_\_** Fotocopia de la última Licencia de Operación autorizada (Sólo aplica para los trámites de renovación).

**\_\_\_\_** Certificado de Buena Conducta, expedido por la primera autoridad policiva del lugar, a favor del interesado. (**Sólo Botiquines).**

**\_\_\_\_** En el caso de máquinas automáticas expendedoras de medicamentos debe adjuntar la ficha técnica y manual de la misma.

**\_\_\_\_** En el caso de máquinas automáticas expendedoras de medicamentos debe entregar el procedimiento que establezca el mecanismo o logística para hacer la reposición de los productos.

**\_\_\_\_** En el caso de máquinas automáticas expendedoras de medicamentos debe presentar el contrato de arrendamiento del área en donde se ubicará la máquina.

**\_\_\_\_** Para la renovación del certificadode máquinas automáticas expendedoras de medicamentos debe presentar el informe anual sobre el soporte y/o servicios técnicos que se hayan realizado a la máquina.

1. **MODIFICACIÓN**

**\_\_\_\_** Cambio de Representante Legal – Fotocopia de Cédula o Pasaporte. Fotocopia de Aviso de Operación con el nuevo Propietario o Representante legal.

**\_\_\_\_** En caso de cambio de Persona Jurídica o Junta Directiva, anexar certificado ORIGINAL de Registro Público.

**\_\_\_\_** Adjuntar licencia original del establecimiento o inscripción original (documento obligatorio).

1. **COSTOS DE LOS TRÁMITES:**

* Inscripción anual de Establecimiento No Farmacéutico: B/. 100.00
* Modificación de Licencia de Operación: 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:**

Ley 24 de 29 de enero de 1963,

Ley N° 1 de 2001 de 10 de enero de 2001,

Decreto Ejecutivo N° 95 de 14 de mayo de 2019,

Resolución 415 del 9 de julio de 2021.

**Para consultas, puede contactarse al teléfono 512-9170 o al correo electrónico** [**jrabrego@minsa.gob.pa**](mailto:jrabrego@minsa.gob.pa)**.**

**Y para enviar solicitudes al correo** [**licencias@minsa.gob.pa**](mailto:licencias@minsa.gob.pa)