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

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

1. **DATOS OPERATIVOS DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Comercial del establecimiento: |  |
| Dirección: |  |
| Provincia: | Distrito: | Corregimiento: |
| Teléfono (**obligatorio**): |  | Correo electrónico (**obligatorio**): |
| Horario a declarar:------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| Lunes a Viernes: |  | Sábados: |
| Domingos: |  | Feriados: |
| * **El establecimiento Botiquín de Pueblo, es aquél que solamente 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. Únicamente aplica en aquellas comunidades donde no haya farmacia establecida. Las Licencias para Botiquines se extenderán con carácter temporal, cesando automáticamente cuando se abra en el lugar una farmacia.**
* **Deberán cumplir con las Buenas Prácticas de Almacenamiento según normativa vigente.**
* **Esta licencia NO permite la importación, distribución y ventas al por mayor, ni para solicitar registro sanitario, ni para Licitaciones Públicas.**
 |

Damos fe de lo anterior,

Firma del Propietario/Representante Legal/Apoderado

Cédula

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 comercial **y** 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).

**\_\_\_\_** Original del Certificado de Registro Público. El Certificado es válido solo por **Seis Meses** después de su fecha de expedición. Sólose presenta si es **SOCIEDAD ANÓNIMA.**

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

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 (documento obligatorio).

1. **COSTOS DE LOS TRÁMITES:**
* Licencia anual de Botiquines de Pueblo: B/. 25.00
* 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.

**\*\*Para consultas, puede contactarse al teléfono 512-9170 o a los correos electrónicos jrabregoinsa.gob.pa / licencias@minsa.gob.pa\*\***