



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D-6
Solicitud - Declaración Jurada

a) CERTIFICACIÓN DE BPDT

b) RENOVACIÓN

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:

<https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: DROGUERIA ALMACÉN ESPECIALIZADO

2. RAZON SOCIAL:

3. NOMBRE COMERCIAL:
(Según Ficha RUC)

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO: 6. PROVINCIA:

7. DIRECCION DE:

7.1. OFICINA ADMINISTRATIVA: (Av, Jr, Carr)

7.1.1. URB./AA.HH:

7.1.2. I NÚMERO: 7.1.3. INTERIOR: 7.1.4. MANZANA 7.1.5. LOTE:

7.2. ALMACEN: (Av, Jr, Carr)

7.2.1. URB./AA.HH:

7.2.2. I NÚMERO: 7.2.3. INTERIOR: 7.2.4. MANZANA 7.2.5. LOTE:

7.3. ALMACEN N° 1: SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR (DE CORRESPONDER):

7.3.1. URB./Av./Jr.:

7.3.2. I NÚMERO: 7.3.3. INTERIOR: 7.3.4. MANZANA 7.3.5. LOTE:

7.3.6. DISTRITO: 7.3.7. PROVINCIA:

7.4. ALMACEN N° 2. SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR (DE CORRESPONDER):

7.4.1. URB./Av./Jr.:

7.4.2. I NÚMERO: 7.4.3. INTERIOR: 7.4.4. MANZANA 7.4.5. LOTE:

7.4.6. DISTRITO: 7.4.7. PROVINCIA:

8. DOMICILIO FISCAL: 10. TELEFONO
LEGIBLE, OBLIGATORIO

9. N° DE RESOLUCION DE AUTORIZACION S. DE FUNCIONAMIENTO FECHA DE EMISION

10. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: Marcar con X los días y especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____

SEGUN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

11. N° DE CERTIFICADO DE BPDT (EN CASO DE RENOVACIÓN) FECHA DE EMISION

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

12. APELLIDOS NOMBRES

DNI: TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO DE PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

13.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS

MARCAR

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

14. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS NOMBRES
 C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

15. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____

SEGUN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

16. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS NOMBRES
 C.Q.F.P. N°: EMAIL: DNI: CELULAR:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

17. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____

SEGUN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

INFORMACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CONTROLADOS

18. COMERCIALIZACIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSORAS SI NO

Marca St; indicar:

Psicotropicos SI NO
 Psicotropicos Lista IVB SI NO

Estupefacientes SI NO

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

19. N° DE RECIBO DE PAGO IMPORTE DÍA DE PAGO

REQUISITOS

1 Solicitud con carácter de Declaración jurada, en FORMATO D-6

Profesional Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, de Del 20.....

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Director Técnico/Químico Farmacéutico.