



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
AUTORIZACIONES SANITARIAS – CONTROL DE DROGAS



FORMATO D5
SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA LA VISACION DEL LIBRO DE ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS Y PRECURSORES

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO:		- DROGUERIA <input type="checkbox"/>	- BOTICA <input type="checkbox"/>	- FARMACIA DE <input type="checkbox"/>
LABORATORIO <input type="checkbox"/>	- ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	- FARMACIA <input type="checkbox"/>	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
2. NOMBRE O RAZON SOCIAL			2.1. R.U.C. N°	
3. NOMBRE COMERCIAL			3.1 REGISTRO SI-DIGEMID N°	
			3.2 HORARIO FUNCIONAMIENTO	
4. DOMICILIO LEGAL Av./ Calle / Jr.			5. N°	
6. URBANIZACIÓN		7. DISTRITO		8. PROVINCIA
9. DEPARTAMENTO	10. TELEFONO	11. FAX	12. CORREO ELECTRÓNICO	
13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			14. TELEFONO	
15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO		16. CARGO	17. N° C.Q.F.A. – N° C.Q.F.P.	18. TELEFONO
19. HORARIO DE TRABAJO		20. N° REG. D.T.		

PARTE II. INFORMACIÓN DEL LIBRO A VISAR

1. CATEGORÍA DEL LIBRO:		PSICOTRÓPICO O PRECURSOR <input type="checkbox"/>	ESTUPEFACIENTE <input type="checkbox"/>
2. NUMERO DE LIBRO <input type="checkbox"/>	3. FOLIOS <input type="checkbox"/>		

PARTE IV. OBSERVACIONES

SE ADJUNTA:

DOCUMENTOS	SI	NO
LIBRO A VISAR		
LIBRO ANTERIOR, SI CORRESPONDE (PARA EL TRASLADO DE SALDOS)		
EN CASO DE PERDIDA, DENUNCIA CORRESPONDIENTE		
PAGO POR DERECHO DE TRAMITE		

Q.F. RESPONSABLE
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° DE COLEGIATURA

REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DE LA EMPRESA