



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

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



FORMATO D8

SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA PARA CALIFICACION DE SALDOS DESCARTABLES Y DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR COMO VEEDOR EN PROCEDIMIENTO DE DESTRUCCION DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN COMPRENDIDOS EN EL D. S. N° 023-2001 SA, PARA DROGUERIAS, LABORATORIOS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS.

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA				
LABORATORIO <input type="checkbox"/>	DROGUERIA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>		
2. RAZON SOCIAL		2.1 R.U.C. N°		
3. NOMBRE COMERCIAL			3.1 SI-DIGEMID N°	
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. N° C.Q.F.P.	17. TELEFONO

PARTE II. INFORMACION DE LA DESTRUCCION

1. FECHA DE LA DESTRUCCION	2. HORA
3. LUGAR DE LA CALIFICACIÓN	
4. LUGAR DE LA DESTRUCCION	

PARTE III. RELACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR

DESCRIPCION	LOTE	REGISTRO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	MOTIVO DE LA DESTRUCCION

PARTE IV. OBSERVACIONES

--

.....
Q.F. DIRECTOR TECNICO
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° DE COLEGIATURA

.....
REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DE LA EMPRESA