Solicitud de **TRASLADO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEÚTICOS**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Titular del Establecimiento |   | Apoderado |

 **\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |   |
| Apellido |   |
| Domicilio |   |
| CUIT |   |
| Teléfono |   |
| Mail |   |
| Cargo |   |
| Profesión |   |
| Matricula N° |   |

Solicita por medio de la presente la **TRASLADO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEÚTICOS**

|  |
| --- |
| Datos del Establecimiento |
| Razón Social |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |   |
| Habilitado por Disposición N° |  |
| Bajo la titularidad de  |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

Modalidad de funcionamiento (Resol 192/98). Art 5\_\_\_\_\_ Art 6\_\_\_\_\_ Art 7\_\_\_\_\_ Art 8\_\_\_\_\_

Días y horario de Atención al Público:

**EL TRASLADO DEL ESTABLECIMIENTO SE REALIZARÁ EL DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ -**

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Director Técnico
(Certificada por Escribano o Banco)

Firma y sello del Titular

En caso de corresponder:

* firma y aclaración de los auxiliares de Farmacia certificadas por Escribano o Banco.
* Informar N° de Disposición con alga del cargo de los auxiliares.