

Agencia Nacional de Medicamentos
Subdepartamento de Farmacia

FORMULARIO FARMA F-13:

FORMULARIO SOLICITUD DE REGISTRO DE ALMACEN FARMACÉUTICO

FECHA:

Nombre Director Técnico:

Rut:

Correo D.T.

Nota: se refiere a la persona que informa oficialmente el cambio de horario al ISP, ya sea el director técnico u otro representante de la farmacia.

TIPO REGISTRO	CANTIDAD REGISTRO	NUMERO DE HOJAS
Reclamos y sugerencias		
Recetas y visitas		

1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social	
RUT	
Dirección	
Comuna	
Teléfono	
Fax	
Correo electrónico/e-mail	

Agencia Nacional de Medicamentos
Subdepartamento de Farmacia

1.2 INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
Nombre de fantasía	
Numero de local	
Domicilio legal	
Comuna	
Teléfono	
Fax	
Correo electrónico/e-mail	

2.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD	ADJUNTA
1. Fotocopia de la resolución Sanitaria del establecimiento farmacéutico	
2. Comprobante de pago del arancel 4161007 por cada registro de máximo 200 paginas	

NOTA: si el registro es superior a 200 páginas, se debe pagar el arancel 4161008 por cada 100 hojas extras

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE Y FIRMA