

MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN FARMACIA

PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

CATEGORIZACIÓN*:	
NOMBRE:	
CALLE:	
N°	BARRIO:
CP:	LOCALIDAD:
	TELÉFONO:
MAIL:	
N° DE CUIT:	

DÍAS Y HORARIO DE ATENCION DEL ESTABLECIMIENTO (con obligación de permanencia del DT)	
--	--

DATOS DE LA PROPIEDAD
CARÁCTER DE LA ENTIDAD

SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/>	SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA <input type="checkbox"/>
SOCIEDAD SAS <input type="checkbox"/>	MUTUAL O COOPERATIVA <input type="checkbox"/>
UNIPERSONAL <input type="checkbox"/>	SINDICAL <input type="checkbox"/>
OTRA TIPOLOGÍA _____	<input type="checkbox"/>

NOMBRE:		
DOMICILIO LEGAL:		LOCALIDAD:
C.P.:	TELEFONO:	DOCUMENTO:
MAIL:		

REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO	N° DE DOCUMENTO

DATOS DE LA DIRECCION TECNICA
DIRECTOR TÉCNICO (1)

NOMBRE:		DOCUMENTO:	
DOMICILIO PARTICULAR:			N°:
BARRIO:	LOCALIDAD:	CP:	TELÉFONO:
DOMICILIO LEGAL:			
PROFESIÓN:		MATRÍCULA PROFESIONAL N°:	
MAIL:			

DIRECTOR TÉCNICO (2)

NOMBRE:		DOCUMENTO:	
DOMICILIO PARTICULAR:			N°:
BARRIO:	LOCALIDAD:	CP:	TELÉFONO:
DOMICILIO LEGAL:			
PROFESIÓN:		MATRÍCULA PROFESIONAL N°:	
MAIL:			

DIRECTOR TÉCNICO (3)

NOMBRE:		DOCUMENTO:	
DOMICILIO PARTICULAR:			N°:
BARRIO:	LOCALIDAD:	CP:	TELÉFONO:
DOMICILIO LEGAL:			
PROFESIÓN:		MATRÍCULA PROFESIONAL N°:	
MAIL:			

*Farmacia, Droguería, Laboratorio, Distribuidora,

FIRMA DEL PROPIETARIO

FIRMA DEL DT (1)

FIRMA DEL DT (2)

FIRMA DEL DT (3)