

**FORMATO DFCVS - URASEF****Solicitud - Declaración Jurada****GERESA**  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO**DIREMID**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO,  
Y SEGURIDADBICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024**CERTIFICACION O RENOVACION DE  
CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE  
DISTRIBUCION Y TRANSPORTE**

DIREMID - LORETO

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la DIGEMID)****1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**DROGUERIA ALMACEN ESPECIALIZADO 

2. RAZON SOCIAL :

3. NOMBRE COMERCIAL :

4. R.U.C. N° :

**5. OFICINA ADMINISTRATIVA**

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20 Numeral 20.1.2 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 006-2017-JUS

**6. DIRECCION DE ALMACEN Y/O ALMACENES****ALMACEN N° 1****SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR : .....**

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

**ALMACEN N° 2****SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR : .....**

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

**CERTIFICACION O RENOVACIÓN DE CERTIFICACION EN BPDT**

**ALMACEN N° 3      SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :.....**

Av./ Calle / Jr.					
N°	Mz	Lote	Km	Interior	Piso
URBANIZACION					
REFERENCIA					
DISTRITO	PROVINCIA		DEPARTAMENTO		
TELEFONO / CELULAR	FAX / ANEXO				

\* EN CASO DE CONTAR CON MAS ALMACENES INDICAR DATOS EN HOJA ADICIONAL

**PARTE II. TRAMITE SOLICITADO**

CERTIFICACION      RENOVACION DE CERTIFICACIÓN

\* El Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos y/o dispositivos autorizados, para la importación, exportación, comercialización, almacenamiento y/o distribución y condiciones de almacenamiento a la fecha de la inspección por certificación.

En el caso de recibir el servicio de distribución por un establecimiento farmacéutico, indicar Razón Social:

SE ADJUNTA:			
DOCUMENTOS	SI	NO	FOLIOS DEL.....AL.....
COMPROBANTE DE PAGO N°.....      DIA DE PAGO:.....			
OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA			

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y está sujeta a fiscalización posterior.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7 DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO CON D.S. N° 006-2017-JUS: EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

\_\_\_\_\_  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
 SELLO DE LA EMPRESA