GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	**EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS DE FARMACIA.**
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar Eximición Precaria de Turnos Obligatorios de Farmacia.
Presentación	**La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.**
Responsable	Jefa Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	La Disposición de Eximición Precaria de Turnos Obligatorios de Farmacia es de carácter precario, hasta que la Farmacia que realiza turnos voluntarios de 24 hs, deje de hacerlo, o la Autoridad Sanitaria así lo disponga.
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
Solicitud	ANEXO XV

REVISIÓN: 05-2025

DEPARTAMENTO DE FARMACIA
Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS DE FARMACIA

ANEXO XV

Mendoza, _____/_____/_____.-

Sra. Jefa del
Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud y Deportes
Farm. María Elsa Garcia
S_____/_____D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... ☐ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE) ..... ☐ NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO ..... ☐ DOMICILIO REAL ..... ☐ DOMICILIO LEGAL ..... ☐ TELÉFONOS ..... ☐ PROFESIÓN ..... ☐	☐
4°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art. 16° Dec. 2076/19):	☐
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... HORARIO:	☐

6°	NOMBRE DE LA FARMACIA QUE REALIZA TURNOS DE 24HS LOS 365 DÍAS DEL AÑO:	☐
7°	CERTIFICADO DE DISTANCIA, EMITIDO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, ENTRE SU FARMACIA Y AQUELLA QUE EFECTÚE TURNOS VOLUNTARIOS DE 24 HS LOS 365 DÍAS DEL AÑO.	☐
8°	DÍAS Y HORARIOS EN QUE PERMANECERÁ ABIERTA SU FARMACIA: MAÑANA TARDE LUNES A VIERNES ☐ DE ..... A ..... DE ..... A ..... SABADO ☐ DE ..... A ..... DE ..... A ..... DOMINGO ☐ DE ..... A ..... DE ..... A ..... FERIADOS ☐ DE ..... A ..... DE ..... A	☐

.....
☐ FIRMA DEL PROPIETARIO
☐ S.A. - PRESIDENTE
☐ SRL - SOCIO GERENTE
☐ OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

"LA EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS"

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA "DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS", ART. 16° DECRETO N°2076/19.

Revisión 05-2025