

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Solicitud de Vales de Comercio de Sicotrópicos y/o Estupefacientes para Farmacia - Droguería.</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Vales de Comercio de Sicotrópicos y/o Estupefacientes.
Presentacion	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
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	<p>El interesado deberá presentar en el Departamento de farmacia, ANEXO XV firmado por el Farmaceutico Director Técnico, solicitando el talonario respectivo.</p> <p>La entrega de los vales se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud (ANEXO XVI) en el Departamento de Farmacia y previo pago del arancel correspondiente.</p>
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
Solicitud	ANEXO XVI

REVISIÓN: 05-2025

## SOLICITUD DE VALES DE COMERCIO DE SICOTRÓPICOS Y/O ESTUPEFACIENTES

### FARMACIA/DROGUERÍA ANEXO XVI

Mendoza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.-

Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud y Deportes  
 Sra. Jefa  
 Farm. Maria Elsa Garcia  
 S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

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

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA: .....	<input type="checkbox"/>
4°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
5°	SOLICITO VALE:  COMERCIO DE SICOTRÓPICOS <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> COMERCIO DE ESTUPEFACIENTES <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	<input type="checkbox"/>

.....  
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

**IMPORTANTE: LA ENTREGA DE LOS VALES SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVI) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA.**

REVISIÓN: 05-2025