

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Traslado de Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos
Descripción	Requisitos para el Traslado de una Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Jefe Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: 5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: “Solicitud de Traslado de Droguerías – Distribuidores de Productos Médicos <u>ANEXO X</u>” si corresponde. La factibilidad del traslado está supeditada a la inspección del nuevo local.
Arancel (según Resol 1094/25)	120 UF
Solicitud	ANEXO X “SOLICITUD DE TRASLADO DE DROGUERIA – DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN: 05-2025

TRASLADO DE DROGUERIAS
DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS
ANEXO X

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
Sra. Jefa
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.

1º	NOMBRE DE LA DROGUERIA/ DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS MEDICOS:	☐
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3º	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ☐ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / SCS - SOCIO DESIGNADO) ☐ NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF) ☐ DOMICILIO REAL ☐ DOMICILIO LEGAL ☐ TELÉFONOS ☐ PROFESIÓN ☐	☐
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	☐
5º	NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	
6º	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6º Inc. g) Dto. 2076/19)	☐

7º	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6º Inc. e) Dto. 2076/19)	☐
8º	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.(Art 6º inc. f) Decreto 2076/19)	☐
9º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TECNICO: NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF)..... NÚMERO DE MATRÍCULA: DOMICILIO: TELÉFONOS:	☐
10º	SELLO REGLAMENTARIO RESOLUCIÓN N° AÑO: (Adjuntar copia de Resolución de Habilitación)	☐
11º	ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN 1094/2025	☐

“EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”.

.....
☐ FIRMA DEL PROPIETARIO
☐ SRL-SOCIO GERENTE
☐ SCS- UNO DE LOS SOCIOS
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR
TÉCNICO

.....
FIRMA BIOINGENIERO SUPERVISOR TÉCNICO

REVISIÓN: 05-2025