

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Cambio de Dirección/ Supervisión Técnica Definitiva Farmacia/ Droguería/ Distribuidora de PM
Descripción	Requisitos para el Cambio de Dirección / Supervisión Técnica Definitiva.
Presentación	La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.
Responsable	Jefe 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	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: -Solicitud de “Cambio de Dirección/ Supervisión Técnica Definitiva” (ANEXO VII A), perfectamente lleno y con la documentación completa. - Constancia de inscripción en AFIP (Administración Federal de Ingresos Publico) CUIT y denominación.
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
Solicitud	ANEXO VII A “CAMBIO DE DIRECCION/ SUPERVISION TECNICA DEFINITIVA FARMACIA/DROGUERIA/DISTRIBUIDORA PM”

REVISIÓN: 05-2025

SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION/ SUPERVISION TECNICA DEFINITIVA FARMACIA / DROGUERÍA / DISTRIBUIDORA PM ANEXO VII

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud y Deportes
 Sra. Jefa
 Farm. María Elsa García
 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 FARMACIA/DROGUERÍA/DISTRIBUIDORA PM:	<input type="checkbox"/>
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3º	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA HUMANA O JURÍDICA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
5º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR/ SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS: EJERCE HASTA: / / 20.....	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL NUEVO FARMACÉUTICO DIRECTOR/ SUPERVISOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL..... TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO: EJERCE DESDE: / / 20.....	<input type="checkbox"/>
7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL:..... HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA:..... DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL:..... HORARIO:	<input type="checkbox"/>
8°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	DECLARACIÓN JURADA DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
10°	DECLARACIÓN JURADA DE DROGAS PSICOTRÓPICAS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
11°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
12°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE ESTUPEFACIENTES SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
13°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES VENCIDOS.	<input type="checkbox"/>
14°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>

Se Notifica a los Sres. Propietarios y Directores/ Supervisores técnicos:

La solicitud de Cambio de Dirección / Supervisión Técnica definitiva debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares y por el propietario de la farmacia. (último párrafo art.6° Decreto N° 2076/19) dicha solicitud tiene

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

carácter de declaración jurada y las firmas pueden ser electrónicas, digitales y/o manuscritas certificadas por escribano público.

.....
FIRMA DEL PROPIETARIO

.....
FIRMA FARM. DIRECTOR TÉCNICO SALIENTE

.....
FIRMA FARM DIRECTOR TECNICO NUEVO

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 05-2025