

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Cambio de Dirección/ Supervisión Técnica Temporario Farmacia/ Droguería/ Distribuidora de PM
Descripción	Requisitos para el Cambio de Dirección / Supervisión Técnica Temporario.
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 Temporario" (ANEXO VIII), 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 TEMPORARIO FARMACIA/DROGUERIA/DISTRIBUIDORA PM"

REVISIÓN: 05-2025

SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCION/ SUPERVISION TECNICA TEMPORARIO FARMACIA / DROGUERÍA / DISTRIBUIDORA PM ANEXO VIII

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud 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 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: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
6º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR/ SUPERVISOR TÉCNICO REEMPLAZANTE:	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS: EJERCE REEMPLAZO DESDE:...../...../20..... HASTA: / / 20.....	
7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL:..... HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2:NÚ MERO DE MATRÍCULA:..... DNI: (PDF)..... DOMICILIO LEGAL:..... HORARIO:	<input type="checkbox"/>
8°	DECLARACIÓN JURADA DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES AL DÍA DEL CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA, RUBRICADAS TODAS LAS FOJAS POR AMBOS DIRECTORES TÉCNICOS.	<input type="checkbox"/>
9°	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"/>
10°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE PSICOTRÓPICOS SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
11°	NÚMERO DE VALES DE ADQUISICIÓN DE ESTUPEFACIENTES SIN USO, DEL N°..... AL N°	<input type="checkbox"/>
12°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES VENCIDOS.	<input type="checkbox"/>

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

La solicitud de Cambio de Direccion / 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 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

 FIRMA FARM DIRECTOR TECNICO REEMPLAZANTE

 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 05-2025