

FECHA:

TRÁMITE ASOCIADO A REF. N°

**Solicitante del trámite (persona de contacto):**

**Teléfonos de contacto:**

**Correo del solicitante:**

**Dirección para envío de Resoluciones:**

Nota: el solicitante del trámite es la persona con la se pondrá en contacto el Subdepartamento Farmacia, para coordinar las visitas de los inspectores.

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

1. Farmacia comunitaria alopática	2. Farmacia comunitaria homeopática	3. Farmacia Móvil
4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud		

**1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO**

**1.1 INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre de fantasía

Numero de local

Domicilio legal

Comuna

Teléfonos de contacto

Fax

Correo electrónico

**1.2 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO**


Lunes a viernes

Sábados

Domingo

Festivos

**2.0 OBSERVACIONES SOBRE EL TRÁMITE QUE SOLICITA**

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<b><u>FARMA F-02</u></b>	Versión:01 Página 2 de 2
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

<b>3.0 ANTECEDENTES SOBRE EL CAPITAL PROPIO INICIAL</b>		
<b>DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO SE COMPONE DE:</b>		
<b>3.1</b>	Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.)	\$
<b>3.2</b>	Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones	\$
	TOTAL CAPITAL ( suma punto 5.1 y 5.2)	\$
	0,5 % Capital	\$

<b>4.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)</b>	<b>ADJUNTA</b>
4.1 Resolución de autorización sanitaria de instalación de la farmacia.	
4.2 Comprobante de pago del arancel <b>4160002</b>	

**\*EN LO RELATIVO A FARMACIAS ASISTENCIALES Y FARMACIAS COMUNALES NO ES REQUISITO CONTAR CON EL PETITORIO MÍNIMO DE MEDICAMENTOS.**

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidas en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, R.U.N. Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**