 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-17</u>	Versión:01 Página 1 de 2
	SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

FECHA:


Solicitante del trámite (persona de contacto):
Teléfonos de contacto:
Correo del solicitante:

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

TIPO DE ESTABLECIMIENTO			
1. Farmacia comunitaria alopática	<input type="checkbox"/>	2. Farmacia comunitaria homeopática	<input type="checkbox"/>
3. Farmacia Móvil	<input type="checkbox"/>	4. Unidad de Farmacia de establecimientos de atención de salud	<input type="checkbox"/>
Recetario Magistral	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso de respuesta Sí, presentar carta del Director técnico de la farmacia solicitando autorización para elaborar los diferentes tipos y Formas farmacéuticas según lo señala el Art 9 del DS 79/2010.			

1.0 ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO	
1.1	IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL
	Razón social
	RUT
	Dirección casa matriz
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico
1.2	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA
	Nombre de fantasía
	Numero de local
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico

2.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	ADJUNTA
1. Carta del director técnico que especifica el nuevo horario de labor técnica.	

 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-17</u>	Versión:01 Página 2 de 2
	SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA	Actualización: 01/08/2014

FECHA QUE COMIENZA A REGIR EL CAMBIO DE HORARIO

DECLARO RESPONSABLEMENTE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIDEDIGNA.

NOMBRE Y FIRMA