 <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-18</u>	Versión:01 Página 1 de 3
	SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE DE FARMACIA	Actualización: 10/09/2014

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, llenar formulario de autorización de Recetario en la Farmacia			


1.0 MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Cede en Arrendamiento el establecimiento	<input type="checkbox"/>
Realiza Modificación de Sociedad	<input type="checkbox"/>
Realiza Transferencia	<input type="checkbox"/>
Tramita Sucesión Hereditaria	<input type="checkbox"/>
Establece Constitución de Sociedad	<input type="checkbox"/>
Otra Situación (describir)	<input type="checkbox"/>
Describir:	

2.0 ANTECEDENTES ACTUALES DEL ESTABLECIMIENTO	
2.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O DUEÑO
	Razón social
	RUT
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
Correo electrónico	
2.2	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA
	Nombre de fantasía actual
	Resolución de Funcionamiento (N° y fecha)
	Numero de local
	Dirección
	Comuna
	Teléfonos de contacto
	Correo electrónico

 <p>Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Gobierno de Chile</p> <p>Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública</p>	<u>FARMA F-18</u>	Versión:01 Página 2 de 3
	SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE DE FARMACIA	Actualización: 10/09/2014

3.0 ANTECEDENTES NUEVOS DEL ESTABLECIMIENTO		
3.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O DUEÑO	
	Razón social	
	RUT	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfono de contacto	
	Correo electrónico	
3.2	REPRESENTANTE LEGAL DE LA FARMACIA	
	Nombre completo	
	Cedula de identidad o RUT	
	Domicilio legal	
	Comuna	
	Teléfono de contacto	
	Correo electrónico	
3.3	INDIVIDUALIZACIÓN DE LA FARMACIA	
	Nuevo nombre de fantasía	
	Numero de local	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos de contacto	
	Correo electrónico	
3.4	HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	
	Lunes a viernes	
	Sábados	
	Domingo	
	Festivos	

4.0 OBSERVACIONES

 Subdepartamento Farmacia ANAMED Instituto de Salud Pública	<u>FARMA F-18</u>	Versión:01 Página 3 de 3
	SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE DE FARMACIA	Actualización: 10/09/2014

5.0 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD (original o fotocopia legalizada)	Adjunta
5.1 Resolución autorización sanitaria de funcionamiento del establecimiento y sus actualizaciones, si aplica.	
5.2 Comprobante de pago del arancel 4160006	

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