



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Dirección General de Drogas y Farmacias

Formulario de Habilitación Transitoria para Establecimientos Farmacéuticos

Datos Generales del Establecimiento

Nombre: _____

Razón Social: _____

Dirección: _____

Sector: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Categoría del Establecimiento

Farmacia:

Distribuidora Farmacéutica:

Privada:

Pública:

Datos del Director Técnico / Regente Farmacéutico

Nombres: _____

Cédula: _____ Título: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ No. Exequátur: _____

Correo Electrónico: _____

Datos del Propietario

Nombres: _____

Dirección: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Establecimiento y/o Propietario

- Comprobante o número de RNC.
- Numero de Comprobante Fiscal (NCF).
- Copia legible del certificado de nombre emitido por la ONAPI.
- Copia legible del pago en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).
- Copia legible del certificado de registro de SESPAS.
- Copia legible de la Cédula del propietario o presidente del establecimiento.
- Recibo de RD\$500.00 como pago de la certificación.

Director Técnico / Regente Farmacéutico

- Copia legible de la Cédula de Identidad y Electoral.
- Copia legible del Título profesional.
- Copia legible del Exequátur de ley.

Firma Regente Farmacéutico

Fecha

NOTA: El Formulario debe estar debidamente llenado a maquina o letra de molde (legible). Imprimir dos (2) copias del formulario lleno. SESPAS se reserva el derecho de exigir nueva documentación en caso de que la depositada no corresponda con los registros existentes en nuestros archivos.