Solicitud de**ALTA DE FARMACEUTICO AUXILIAR.**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Titular del Establecimiento |   | Apoderado |

 **\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |   |
| Apellido |   |
| Domicilio |   |
| CUIT |   |
| Teléfono |   |
| Mail |   |
| Cargo |   |
| Profesión |   |
| Matricula N° |   |

Solicita por medio de la presente el **ALTA DEL FARMACÉUTICO AUXILIAR**

|  |
| --- |
| Datos del Establecimiento |
| Razón Social |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |   |
| Número de Habilitación  |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

Auxiliar de Farmacia saliente.

Apellido y nombre:……………………………………………………………………………………

CUIT / CUIL:…………………………………………… Matricula N°………………………………

Domicilio: (Calle, N°, UF, CP)……………………………………………………………………..

Fecha de baja en el cargo:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-

Con alta en el cargo por Disposición N°………………………….- (o informar N° de expediente si el alta se encuentra en trámite)

Auxiliar de Farmacia entrante.

Apellido y nombre:…………………………………………………………………………………

CUIT / CUIL:…………………………………………… Matricula N°……………………………

Domicilio: (Calle, N°, UF, CP)……………………………………………………………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Titular

Firma y Sello Farmacéutico Auxiliar **Entrante**
(Certificada por Escribano o Banco)