Solicitud de**SOLICITUD DE EXIMICIÓN DE TURNOS PARA FARMACIAS**

**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 la **EXIMICIÓN DE TURNOS PARA FARMACIAS** |
| Datos del Establecimiento |
| Razón Social |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |   |
| Habilitado por Disposición N°  |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

Informo que la farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se encuentra a menos de 1.000 metros de mi Establecimiento y cumple con el sistema de Turno Voluntario según se indica en el Art 9° RES 1793/14

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

Firma y sello del Titular

Firma y Sello Director Técnico
(Certificada por Escribano o Banco)