



CHILE LO HACEMOS TODOS

Departamento de Acción Sanitaria
Unidad de Políticas Farmacéuticas
Bueras N° 555, 1er. Piso, Rancagua
Fono: 072-2335330 - 2335236

DECLARACION DE ASUMO DE DIRECCION TECNICA DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

El que suscribe .....

Profesión.....

Cédula de identidad.....; asume la dirección técnica

Nombre del Establecimiento..... Local.....

Razón Social:..... RUT.....

Ubicado en..... en la ciudad de.....

Teléfono Local.....; Asumo la DT. a contar de.....

En calidad de: Director Técnico titular [ ] Complementario [ ]

Declaro recibir los medicamentos controlados: Conforme [ ] No Conforme [ ]

El horario de desempeño laboral en la función señalada es de:

Table with 3 columns: Day (Lunes a viernes, Sábado, Domingos, Festivos, Horario Rotativo), Start time (..... a ..... hrs), End time (..... a ..... hrs). Includes 'SI' and 'No' options for rotative hours.

Mi domicilio particular es:....., comuna de.....

Correo electrónico: ..... Fono.....

Antecedentes requeridos:

- 1) Fotocopia carné ambos lados
2) Certificado Inscripción Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.
3) Renuncia a Dirección técnica anterior según corresponda.
4) Si tiene otra dirección técnica, indique qué establecimiento

Todos los documentos deben ser legalizados ante notario.

Declaro bajo juramento que la información entregada por este acto a la Seremi de Salud región de O'Higgins, es verídica, fidedigna y actualizada y asumo todo tipo de responsabilidad en caso de incurrir en alguna omisión, error o falso testimonio de los datos entregados, lo que constituye delito de perjurio contemplado en el artículo 210 del Código Penal.

Firma Q. Declarante

fecha

VºBº Rep. Legal empresa

AL SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD REGION DE O'HIGGINS