

REQUISITOS PARA HABILITACION DE DISTRIBUIDORA DE GASES MEDICINALES

1. Nota dirigida al Ministerio de Salud – Dirección de Farmacia solicitando la autorización para la habilitación del rubro de la actividad que se desee autorizar. Dicha nota incluirá: propiedad, denominación, la denuncia del domicilio real indicando: calle, numeración, datos catastrales, localidad, partido, firmada por el titular del establecimiento o apoderado debidamente autorizado.
2. Papel sellado fiscal \$39 del Banco de la Provincia de Buenos Aires en concepto de tasa general de actuación por expediente.
3. Original o fotocopia autenticada con certificación de firma (ante escribano o juez de paz) del título de propiedad o contrato de locación del inmueble, debidamente timbrados, a nombre del propietario o, de tratarse de una sociedad, a nombre de la misma.
4. Original o Fotocopia autenticada con certificación de firma (ante escribano o juez de paz) de contrato social (en caso de que corresponda) inscripto en el organismo registral competente.
5. Designación del Director Técnico Farmacéutico
 - Certificación del artículo 18 de la Ley Nº 6682 del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires.
 - Certificado de libre regencia a nivel nacional finalizado. (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)
 - Certificado de Domicilio real. (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)
 - Constituir domicilio legal en La Plata y domicilio electrónico a efectos de su notificación
 - Constancia CUIT / CUIL
6. Adjuntar planos del local con: las medidas, distribución y denominación de todos los ambientes, que incluye croquis del lugar, con distancia a la esquina más próxima. Se debe acompañar con una copia en papel. Los planos deberán ser firmados por el Titular o representante legal debidamente autorizado, el DT farmacéutico, el propietario del local y el profesional de la construcción interviniente. La carátula del plano debe contener los datos consignados en el Anexo I.
7. Link Dirección de Farmacia - [CLICK AQUÍ](#) –

Anexo 1

Datos mínimos de la

CARATULA DEL PLANO

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DESTINO

PROPIEDAD

DOMICILIO

LOCALIDAD

PARTIDO

ESCALA : 1/100

CROQUIS DE MANZANA

DATOS CATASTRALES

CUADRO DE SUPERFICIE

FIRMA DEL PROPIETARIO DEL INMUEBLE

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE CONFECCIONÓ EL PLANO