

HABILITACIÓN Y/O TRASLADO DE FARMACIA SINDICAL O MUTUAL

1. Solicitud de autorización para la habilitación o traslado, indicando expresamente la ubicación del local, calle, numeración, datos catastrales, localidad y partido. Asimismo, indicar nombre, dirección, localidad y partido de las dos farmacias más próximas, puntualizando si se encuentran o no más de 300 metros del local propuesto para habilitación o traslado.
2. Artículo 18 (Ley 6682) Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.
3. Certificado de domicilio real del farmacéutico (Art. 21 Ley 10.606). (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)
4. Certificado de Libre Regencia en jurisdicción nacional. (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)
5. Constituir domicilio legal en La Plata y domicilio electrónico a efectos de su notificación
6. Constancia de CUIT/CUIL
7. 7-Adjuntar original o fotocopia autenticada con certificación de firmas del estatuto del gremio peticionante; como asimismo, nómina de la Comisión Directiva, autenticada ante la Secretaria de Trabajo, o fotocopia autenticada del acta de designación.
8. Acreditación de la personería gremial, con una antigüedad no menor de cinco años; con certificación expedida por la autoridad competente (original o fotocopia autenticada).
9. Planos del local con: las medidas, distribución y denominación de todos los ambientes, de conformidad con el Petitorio Farmacéutico vigente, que incluye croquis del lugar, con distancia a la esquina más próxima. Se debe acompañar con copia en papel. Los planos deberán ser firmados por el DT farmacéutico, el propietario del local (que puede coincidir o no con el propietario del fondo de comercio) y el profesional de la construcción interviniente. La carátula del plano debe contener los datos consignados en el Anexo I
10. Título de propiedad o fotocopia autenticada con certificación de firmas del contrato de locación debidamente timbrados, a nombre de la entidad propietaria.
11. 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

FIRMA DEL PROPIETARIO DEL INMUEBLE

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE CONFECCIONÓ EL PLANO