

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-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- Arancel 1 módulo de \$ 1116 depositado en Banco Provincia, cuenta en pesos N* 1696/2, más 2 módulos de \$ 1116 c/u para el pedido de inspección por parte del interesado, incrementándose esto último en un porcentaje según la distancia.-
- 12- Sellado fiscal de \$39

PORCENTAJE X DISTANCIA

DE 50 A 100 KM	+ 10%
DE 101 A 200 KM	+ 20%
DE 201 A 300 KM	+ 30%
DE 301 A 500 KM	+ 40%
MÁS DE 500 KM	+ 50%

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