

## REQUISITOS PARA HABILITACION DE DEPÓSITO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES, COSMETICOS, PRODUCTOS MÉDICOS

1-Nota dirigida al Ministerio de Salud – Dirección de Farmacia, solicitando autorización para la habilitación de un Depósito de Especialidades Medicinales, Cosméticos, Productos Médicos indicando expresamente la ubicación, calle, numeración, datos catastrales, localidad y partido, firmada por el titular del establecimiento o apoderado.

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 finalizado. (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)

5-Constituir domicilio legal en La Plata (NO PODRA CONSTITUIRSE DOMICILIO EN LAS OFICINAS PUBLICAS art. 24 Decreto Ley 7647/70) y domicilio electrónico a efectos de su notificación

6- Constancia CUIT / CUIL

7- 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. Los planos deberán ser firmados por el Titular, 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.

8-Original o fotocopia autenticada con certificación de firmas (ante Escribano Público o Juez de Paz) del título de propiedad o contrato de locación del inmueble, debidamente timbrado.-

9-Original o fotocopia autenticada con certificación de firmas (ante Escribano Público o Juez de Paz) del contrato social.

10- Arancel 3 módulos de \$ 1116 c/u depositados 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.-

11- 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

CUADRO DE SUPERFICIE

FIRMA DEL PROPIETARIO DEL INMUEBLE

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE CONFECCIONÓ EL PLANO