

## Requisitos Operador Logístico

1- Nota dirigida al Ministerio de Salud – Dirección de Farmacia, solicitando autorización para la habilitación del Operador Logístico indicando expresamente la ubicación, calle, numeración, datos catastrales, localidad y partido, firmada por el titular del establecimiento o apoderado debidamente autorizado y por el director técnico farmacéutico.

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA: Nombre o razón social. Domicilio legal completo. Teléfono. Fax. Correo electrónico. Cuit.

IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL: Apellido y nombre completo. Tipo y N° de documento.

Horario de funcionamiento.

2-Sellado fiscal de \$39 del Banco de la Provincia de Buenos Aires

3-Fotocopia autenticada del contrato de locación o escritura del inmueble con certificación de firmas y debidamente timbrado

4-Original o fotocopia autenticada y certificada de las firmas del contrato social debidamente inscripto en el organismo registral competente

5-Artículo 18 (Ley 6682) Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

6-Certificado de domicilio real del farmacéutico, (Art. 21 Ley 10.606). (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)

7-Certificado de Libre Regencia en jurisdicción nacional finalizado. (NO SE REQUIERE PARA TRASLADO)

8-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

9- Constancia CUIT / CUIL

10- 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 . 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.

11-Arancel 6 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.-

**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