

## 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-Arancel 2 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  
ESCALA : 1/100

PARTIDO

CROQUIS DE MANZANA

DATOS CATASTRALES

CUADRO DE SUPERFICIE

FIRMA DEL PROPIETARIO DEL INMUEBLE

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE CONFECCIONÓ EL PLANO

