

SOLICITUD DE OPERACIÓN PARA APERTURAS

(Escriba claro de preferencia con letra imprenta o de molde, no utilice corrector ni haga tachones, debe llenarse sin omitir ningún detalle)

- 1 Fecha 2 Nombre comercial del establecimiento
- 3 Tipo de Establecimiento Farmacia Droguería Laboratorio Humano Laboratorio cosmético
- 4 Motivo de apertura Establecimiento nuevo Traslado N° Permiso operación existente en caso de traslado
- 5 Provincia 6 Cantón 7 Distrito

8 Dirección exacta (Calles, avenidas y otras señas)

9 Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento 10 Cédula de identidad o jurídica

11 Horario del establecimiento (días y horas)

12 Actividades del Establecimiento
 Marque con una "x" en el espacio correspondiente si las actividades se realizan o **NO** de acuerdo al tipo de establecimiento. Favor marcar todas las líneas.

12a Farmacia

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despacho de recetas de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manejo de medicamentos termolábiles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despacho de medicamentos sicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma de Presión Arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Despacho de medicamentos estupefacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparación de nutrición parenteral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicación de inyectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparación de quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manejo de vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparaciones magistrales
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manejo de radiofármacos

Otras actividades, especifique

12b Droguería

Si	No		Si	No	Almacenamiento de:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos controlados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distribución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos de investigación biomédica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicio de distribución a terceros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos de cadena de frío
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venta al por mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos con condiciones de almacenamiento especiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicio de almacenamiento a terceros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipo y material biomédico
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cosméticos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productos naturales medicinales
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muestras médicas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Material promocional

Otras actividades, especifique

12c Laboratorio

Si	No		Si	No	Elaboración de:	Sólido	Líquidos	Semisólido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importación de materias primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos veterinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acondicionamiento secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productos naturales medicinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Análisis a terceros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productos cosméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Producción por contrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos estériles, beta lactámicos, con hormonas o citostáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras actividades, especifique

Al firmar este documento declaro bajo juramento, consciente de las sanciones con que la Ley Penal costarricense castiga los delitos de perjurio y falso testimonio, establecidas en los artículos 318 y 323, lo siguiente: - Cumplir con la Ley General de Salud, las leyes, reglamentos y demás disposiciones del ordenamiento jurídico que regulen la actividad o actividades consignadas en el presente formulario.- Que nos sometemos a toda investigación, información y diligencias que deba efectuar el Departamento de Fiscalía del Colegio para completar cualquier diligencia previa a la aprobación de esta solicitud.

13 Nombre y firma del o los representantes legales o propietarios o Nombre y firma del Director Médico (CCSS)

14 Sello (en caso de establecimientos de la CCSS)

15 Auténtica la(s) firma(s)