

SOLICITUD DE OPERACIÓN POR VENCIMIENTO

(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 Permiso de operación

4 Tipo de Establecimiento Farmacia Droguería Laboratorio Humano Laboratorio Cosmético Distribuidora de Cosméticos

5 Hago constar que la información relacionada con la dirección, el nombre y documento de identidad del propietario y el horario del establecimiento se mantienen iguales según los registros del Colegio de Farmacéuticos

6 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.

6a Farmacia

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

Otras actividades, especifique:

6b Droguería o Distribuidora

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

Otras actividades, especifique:

6c Laboratorio

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

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

8 Sello (en caso de establecimientos de la CCSS)

9 Auténtica la(s) firma(s)