



UBICACION GEOGRAFICA			
36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD	
DIRECCION			
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA	
45. N° DE TELÉFONO	46. N° DE FAX	47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, declaro bajo juramento corresponsablemente con la Empresa que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--