

7	CIERRE TEMPORAL	PRESENTAR EN FOLDER	1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando CIERRE TEMPORAL de FARMACIA		SIN COSTO
			EL MEMORIAL DEBE CONTENER	Nombre completo del propietario o representante legal de la Farmacia.	
				Razón Social o Denominación clara de la Farmacia	
				Ubicación exacta de la Farmacia calle y numeración, en caso no tenga numeración, ni nombre de la calle descripción referencial de la ubicación	
				Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial	
				Tiempo de cierre (6 meses o 1 año)	
			2.- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL PROPIETARIO		
3.- FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA FARMACIA.					