

9	REAPERTURA DE FARMACIA	PRESENTAR EN FOLDER	1.- Memorial dirigido al Director Técnico Departamental de Salud solicitando CIERRE DEFINITIVO 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			
				Horario de Atención	8 horas		Un Regente
					12 horas		2 Regentes turno mañana y tarde
					16 horas		2 Regentes turno mañana y tarde
					24 horas		3 Regentes turno mañana, tarde y noche
			Nombre completo del Regente o Regentes responsables de la Atención de la Farmacia (ESPECIFICAR SI CONTINUA)				
			Firma del propietario o representante legal de la Farmacia al pie del Memorial				
2.- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL PROPIETARIO							
3.- FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA FARMACIA.							
<p><b>NOTA:</b> TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PREVIAMENTE VERIFICADA POR LA SUB-UNIDAD DE FARMACIA ANTES DE LA ENTREGA A SECRETARIA DE DIRECCIÓN DEL SEDES</p>							