



Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica

Fundado en 1902 - Apartado 396-1000 - San José, Costa Rica
 Central Tel.: 2297-0676 - Fax: 2297-5668 - Correo electrónico: fiscalia@colfar.com

AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE REGENCIA FARMACÉUTICA

DF 0101-A

(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	Tipo de establecimiento: (Farmacia, Droguería o Laboratorio)		5	Motivo de presentación (Marque X abajo si es primera vez o renovación)	
3	Grupo sanitario de riesgo: (espacio para uso del Colegio)	4	N° de permiso operación: (no aplica en establecimientos nuevos)			Primera vez	Renovación
6	Nombre comercial del establecimiento farmacéutico:						
7	Provincia:	8	Cantón:	9	Distrito:		
10	Dirección exacta del establecimiento farmacéutico (Otras señas específicas):						
11	Teléfono:	12	N° de fax:	13	Apartado postal:		
14	Correo electrónico:				15	Código postal:	
16	Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento:				17	Cédula de identidad o jurídica:	
18	Horario del establecimiento (días y horas):						

Al firmar este documento declaro bajo fe de juramento, consciente de las sanciones con que la Ley Penal Costarricense castiga los delitos de perjurio y falso testimonio, establecidas en los artículos 311 y 316, 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 la presente Solicitud de Autorización de Operación.
- Asimismo que nos sometemos a toda investigación, información y diligencias que deba efectuar el Departamento de Fiscalía del Colegio, para completar cualquier trámite previo a la tramitación de esta solicitud.
- Que nos encontramos libres de incapacidades médicas o de cualquier otro tipo que nos impidan ejercer apropiadamente nuestro cargo como Regentes Farmacéuticos de este Establecimiento. Asimismo nos comprometemos a notificar al Colegio sobre cualquier incapacidad o licencia por maternidad, ausencia por vacaciones u otro motivo, al que nos acojamos en el ejercicio de esta Regencia.

19 Nombre (s) de Regente (s) y Horarios:				
19.1	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
19.2	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
19.3	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
19.4	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
19.5	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			

Verificar con anterioridad en la página electrónica de la CCSS que el dueño del establecimiento, ya sea físico o jurídico, se encuentre al día con sus cuotas patronales, de lo contrario no se recibirá. Esto según Acuerdo N° 366-2009 de la Junta Directiva: Que el Departamento de Fiscalía incluya dentro de los requisitos de admisibilidad para la autorización de regencias farmacéuticas y de permisos de operación, estar al día en las cuotas patronales y obreras con la Caja Costarricense de Seguro Social. Lo anterior en cumplimiento del Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, reformado en la Ley de Protección al Trabajador.

20 Nombre y firma del representante legal o propietario:	21 Autentica la(s) firma(s):
---	-------------------------------------