





**Dirección General de la Salud**  
**Departamento de Medicamentos**

Formulario de Solicitud de Baja de Habilitación de Empresas  
Farmacéuticas

FO-13221-065

Versión 1

Página 2 de 2

<b>10. Representante Legal</b>	Nombre	
	Documento de identidad	
	Teléfono	
	Domicilio	
	Correo electrónico	
Firma de Representante legal		

El responsable técnico deberá colocar el timbre profesional respectivo.

La información contenida en este documento al tener valor de DECLARACIÓN JURADA, está regida por lo dispuesto en el Artículo 239 del código Penal que reza: (Falsificación ideológica por un particular) “El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho será castigado con 3 a 24 meses de prisión”



Av. 18 de Julio 1892. Planta Baja Oficina 06. Teléfono 1934 5053. Fax: 1934 5052

Correo electrónico: [deptomedicamentos@msp.gub.uy](mailto:deptomedicamentos@msp.gub.uy)