

 Ministerio de Salud Pública	Dirección General de la Salud Departamento de Medicamentos Formulario de Solicitud de Baja de Habilitación de Empresas Farmacéuticas	FO-13221-065 Versión 2
		Página 1 de 2

SOLICITUD DE BAJA DE HABILITACIÓN DE EMPRESA FARMACÉUTICA			
1. Fecha de solicitud			
2. Nombre de la empresa		RUT	
3. Razón social			
4. Dirección: Calle Entre y			
5. DESTINO DE LA EMPRESA			
La empresa cesará completamente su actividad		☐ SI	☐ NO
La empresa cesará actividad en uno de sus locales/plantas habilitados (especificar en 7. Observaciones/Comentarios)		☐ SI	☐ NO
La empresa continua con actividades en otro ramo de giro		☐ SI	☐ NO
6. STOCK DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS			
La empresa cuenta con existencias de productos a la fecha		☐ SI	☐ NO
La empresa aporta comprobante de destrucción de stock remanente		☐ SI	☐ NO APLICA
7. Observaciones/ Comentarios:			
8. La empresa solicitante aportará copia de la siguiente información según corresponda. - o Nota de solicitud dirigida al Ministro de Salud Pública firmada por el Director Técnico y Representante Legal, con certificación notarial de firmas. - o Comprobante de destrucción de stock remanente. - o En el caso de empresas que brindan servicios para terceros, constancias de comunicación del cierre de la empresa a las empresas contratantes.			
9. Responsable Técnico	Nombre		
	Documento de identidad		
	Domicilio		
	Teléfono celular		
	Correo electrónico		
Firma de Responsable Técnico			

	Dirección General de la Salud Departamento de Medicamentos Formulario de Solicitud de Baja de Habilitación de Empresas Farmacéuticas	FO-13221-065 Versión 2
		Página 2 de 2

10. Representante Legal	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”

TIMBRE PROFESIONAL

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

Correo electrónico: deptomedicamentos@msp.gub.uy