

Código: _____

Requisitos De Afiliación Para Farmacias

Farmacia: _____ Provincia: _____

- Copia Del Certificado De Habitación De Sespas.
- Copia Del Registro Mercantil.
- Copia Del Permiso De La Dirección De Salud Ambiental.
- Copia De Identificación Donde Figura El RNC.
- Copia De La Cédula Del Regente.
- Copia De Certificado De Inscripción De Drogas.
- Copia De La Cédula De La Persona Encargada De Firmar El contrato.
- Carta De Solicitud De Afiliación Donde Figuren la Dirección Horarios Laborales Y Número De Teléfono.
- Dos Fotos, Del Establecimiento Con Las Sigüientes Característica: A) Parte Frontal Del Establecimiento Donde Se Destaquen El Nombre, B) Área Donde Estén Almacenados Y Colocados Los Medicamentos (No Debe Estar Personal Delante De Los Estantes, Que No Se Note La Bisutería, Cosméticos Y Maquinas De Juegos De Azar, Etc...)

Oficina Principal
Av. A. Lincoln No. 849, Ens. Piantini,
Sto Dgo, Rep. Dom.
Tel.: (809) 540-0901/ (809)
541-1009.

Zona Oriental
Av. Sabana Larga #17.
Tel.: (809) 596-5063

San Cristóbal
C/ Mella No. 9, Esq Gral. Leger.
Tel.: (809) 528-4777

Santiago
Av. 27 de Febrero .
Tel.: (809) 226-5900

Puerto Plata
C/ Antera Mota esq.
Dr. Zafram Edif. Abreu
Tel.: (809) 261-7824.

WWW.arsyunen.com.do

*** Todos Los Resuisitos Son
Indispensables Para La
Recepción De Los Documentos.

Entregado Por: _____

Recibido Por: _____

Autorizado Por: _____

OBSERVACIONES: _____
