



REQUISITOS PARA POLIRUBRO

(RESOLUCIÓN N° 1404 DE 12/1994)

- 1- Nota dirigida al Departamento de Inspección de Farmacia (primera o segunda circunscripción según corresponda) solicitando autorización para reformas de la oficina de farmacia donde conste:
 - Datos del farmacéutico: apellido y nombres domicilio completo, calle, número, localidad y provincia de Santa Fe y teléfono de contacto)
 - Nombre de la farmacia
 - Domicilio completo de la farmacia: calle, número, localidad y provincia de Santa Fe.
- 2- Plano del local firmado y sellado por persona competente (arquitecto, maestro mayor de obras, ingeniero) y por el/la farmacéutico/a propietario/a con rotulo donde conste:
 - Nombre de la farmacia
 - Propiedad de: (apellido y nombres)
 - Farmacéutica/o Mat:.....

Deberán, además, especificarse la distribución de áreas reglamentarias (despacho, laboratorio, depósito y polirubro) con medidas lineales y de superficie de cada una de ellas, las que serán tomadas como espacio libre de zócalo a zócalo.

En cada uno de ellos especificar:

- Altura de piso a cielorraso (mínimo 2,20 m)
- Materiales y terminaciones utilizados en pisos, paredes, cielorrasos y divisorios (bien unidos, lisos, de fácil limpieza e incombustibles)

MEDIDAS MINIMAS PARA OFICINA DE FARMACIA

- Despacho al público: 20 m²
- Laboratorio con mesada, agua corriente y revestimiento azulejado, cerámico, etc.: 12 m²
- Depósito: 16 m²

Si el local cuenta con baño este deberá contar con bacha y un ambiente de antebañó de al menos 1 m².

- 3- Memoria descriptiva con las terminaciones internas del local (pisos, paredes y cielorraso) con altura de cielorraso, firmado por el DT y por profesional competente con sellos identificatorios.
- 4- Constancia de inscripción o modificación de datos en AFIP. (el código del polirubro)
- 5- Inscripción en API declarando actividad – farmacia y el código del polirubro.
- 6- Nota solicitado inspección final.

Para finalizar el trámite, es requisito indispensable el pago del Derecho Anual de Inspección, y el Derecho de Habilitación, los que deberán efectivizarse en el Nuevo Banco de Santa Fe S.A. Cta.

1983/2023 – 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

DEPARTAMENTO DE INSPECCION DE FARMACIA

1º CIRCUNSCRIPCION: Boulevard Gálvez 1563 P.B – S3002 Santa Fe – Provincia de Santa Fe – Argentina

(342)- 4573711 – inspeccion_fcia1@santafe.gov.ar

2º CIRCUNSCRIPCION: Rioja 801 – 2000 Rosario – Provincia de Santa Fe – Argentina

Inspecciondefarmacia2@yahoo.com.ar



Cte. Nº 19.303/04, FILIAL 599, CBU: 3300599515990019303042, MINISTERIO DE SALUD - RECAUDACIONES PROPIAS-. Una vez realizado el pago, deberá acompañar fotocopia del ticket.

Al finalizar el trámite deberá reponer el Expediente originado con un sellado, cuyo importe deberá ser consultado en este Departamento de Inspección de Farmacia.

La documentación presentada deberá estar dirigida a la Jefa del Departamento de Inspección de Farmacia (primera o segunda circunscripción según corresponda).

Los requisitos enunciados precedentemente quedan sujetos a revisión de la Autoridad de Control, y de corresponder, a exigencias complementarias conforme a las facultades otorgadas por el Art. 64 de la Ley de Sanidad Provincial Nº 2287.

Vs 04/2023