

## FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO FARMACIAS

### ANEXO IX A - FARMACIA

Mendoza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.-

Sra. Jefa del  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes  
 Farm. Irma Inés Mango  
 S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los  
 datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1	NOMBRE DE LA FARMACIA: .....	<input type="checkbox"/>
2	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR:  NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE) ..... <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA:		<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA .....	<input type="checkbox"/>	
	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE) .....	<input type="checkbox"/>	
	NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO .....	<input type="checkbox"/>	
	DOMICILIO REAL .....	<input type="checkbox"/>	
	DOMICILIO LEGAL .....	<input type="checkbox"/>	
	TELÉFONOS .....	<input type="checkbox"/>	
	PROFESIÓN .....	<input type="checkbox"/>	
5	COPIA DE LA TRANSFERENCIA DEL FONDO DE COMERCIO CERTIFICADA, INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO (Ley 11867).	<input type="checkbox"/>	
6	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7 Ley 19550), CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>	
7	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA D.G.I. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	<input type="checkbox"/>	
8	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FÍSICA / PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA MENDOZA.	<input type="checkbox"/>	
9	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6º, inciso C, Decreto 355/09. SRL EN CASO DE MODIFICACIÓN: INSCRIPCIÓN DE DERECHOS Y ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO).	<input type="checkbox"/>	
10	ACREDITACIÓN CON CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FÍSICA/JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADA O FALLIDA. (Art.6 inc. c, Dto. 355/09)	<input type="checkbox"/>	
11	ACREDITACIÓN CON CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADO O FALLIDO. (Art.6 inc. c, Dto. 355/09)	<input type="checkbox"/>	
12	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FÍSICA Y/O PERSONA JURIDICA Y REPRESENTANTE LEGAL NO SE ENCUENTRE INHIBIDO PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6 inc. c, Dto. 355/09)	<input type="checkbox"/>	
13	CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA DE LA PERSONA FÍSICA O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA EMITIDO POR LA POLICÍA DE MENDOZA Y/O CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES EMITIDO POR EL REGISTRO NACIONAL DE REINCIDENCIA. (Art.6 inc. c, Dto. 355/09)	<input type="checkbox"/>	
14	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: .....	<input type="checkbox"/>	

	NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia) : ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO (art.26° Dec.355/09): .....	
15	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... HORARIO: .....	<input type="checkbox"/>
16	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:  17.1 CON LABORATORIO (80 m2 o MÁS) <input type="checkbox"/> 17.1.1 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS OFICIALES <input type="checkbox"/> 17.1.2 MAGISTRALES ALOPÁTICOS <input type="checkbox"/> 17.1.3 MAGISTRALES HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/> 17.1.4 ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/>  17.2 SIN LABORATORIO (60m2)* <input type="checkbox"/> 17.2.1 ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/>  17.3 APLICACIÓN DE INYECTABLES <input type="checkbox"/>  17.4 TURNOS VOLUNTARIOS (Presentar Declaración Jurada, Anexo XII) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	ARANCEL POR TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN 724/13	<input type="checkbox"/>

19 FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO

.....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO ANTERIOR  
 S.A. – PRESIDENTE ANTERIOR  
 SRL - SOCIO GERENTE ANTERIOR  
 OTRO  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO NUEVO  
 SRL - SOCIO GERENTE NUEVO  
 OTRO  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
 FIRMA DIRECTOR TÉCNICO

\* NO PODRÁ PREPARAR FORMULAS MAGISTRALES, OFICIALES Y/U OFICINALES, TAMPOCO PODRÁ FRACCIONAR DROGAS.

“LA TRANSFERENCIA SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN:

04-2017

**GUÍA SIMPLIFICADA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Transferencia de Fondo de Comercio de Farmacia</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transferencia de fondo de comercio de farmacias en los términos y plazos establecidos por los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 en concordancia con lo dispuesto por el Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09
Responsable	Farm. Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	Las partes compradora y vendedora, una vez cumplimentado con los requisitos detallados en el ítem descripción, deberá: <ul style="list-style-type: none"><li>- Completar Formulario de Transferencia de Fondo de Comercio (ANEXO IX) con documentación completa, firmada por las personas físicas o representante legal, anterior, nuevo y del Director Técnico.</li><li>- Constancia de inscripción en AFIP (CUIT y denominación) y certificación por Administración Tributaria Mendoza (ATM) que es contribuyente local.</li><li>- Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según resolución 724/13.</li></ul>

Arancel (Resol 724/13)	\$900.-
Observaciones	<p>IMPORTANTE: Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25º Decreto Reglamentario Nº355/09.</p> <p>Para el caso en que se presente junto a la Transferencia de Fondo de Comercio un Cambio de Dirección Técnica y/o Cambio de denominación del establecimiento, se deberá iniciar expediente por separado, de acuerdo al procedimiento establecido para cada trámite y previo pago del arancel correspondiente. <u>Solo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscripta y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo a lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09.</u></p>
Solicitud	ANEXO IX A – TRANSFERENCIA FONDO DE COMERCIO FARMACIA

REVISIÓN: 04-2017