

LICENCIA SANITARIA

<<NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA:>>

AUTORIZADA PARA:
<<AUTORIZADO PARA:>> <<TIPO DE PRODUCTOS>>

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO DE EXPEDIENTE: <<NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO>>
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: <<ESTABLECIMIENTOS
FARMACÉUTICOS>><<ESTABLECIMIENTO NO FARMACÉUTICOS>>
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: <<NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:>>
NOMBRE DEL PROPIETARIO: <<NOMBRE DEL PROPIETARIO:>>
DIRECCIÓN: <<DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO>> <<MUNICIPIO>> <<DEPARTAMENTO>>
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE (CUANDO APLIQUE): <<NOMBRE DEL
PROFESIONAL>>
FECHA DE EMISIÓN: <<FECHA DE DICTAMEN, RESOLUCIÓN>>

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO <<VIGENCIA DE LA LICENCIA SANITARIA>>	<<QR CODE>>	 DRA. DORIAN ELIZABETH SALINAS JIMÉNEZ COMISIONADA PRESIDENTA AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA
--	-------------	--

DOCUMENTO EMITIDO : <<FECHA DE
VALIDACIÓN>>

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

La emisión del presente certificado y la impresión en soporte físico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio; lo anterior con fundamento en el Decreto Ejecutivo PCM-016-2020 Artículo 02, Artículo 7 de la Ley sobre Firmas Electrónicas reformado mediante Decreto Legislativo 33-2020 Artículo 38 inciso "A".

El establecimiento aquí autorizado podrá en cualquier momento ser cancelado si se demuestra que los datos e información contenidos en el expediente, son erróneos o falsos; que por cualquier otra causa justificada constituya un riesgo previsible para la salud o seguridad de las personas; cuando se compruebe falsedad en la declaración jurada presentada o a petición de parte interesada.