

DISPENSACIÓN DE CANNABIS EN FARMACIAS

Solicito y expresé el interés en dispensar cannabis psicoactivo de uso no médico en la Farmacia conforme a la legislación vigente y a las condiciones establecidas en el Acuerdo de Entendimiento firmado entre el IRCCA y las Asociaciones de Farmacias.

Datos del Solicitante o Representante Legal autorizado	
Nombres y Apellidos	
Documento de Identidad	
Nacionalidad	
Domicilio	
Teléfono	
Correo electrónico	

Datos de la Persona Jurídica (Farmacia)	
Nombre de la Farmacia	
Razón Social	
RUT	
Dirección	
Teléfono	
Padrón Catastral	
Asociación de Farmacias	

Tecnología utilizada en Farmacia para registro de ventas	
Indicar que tecnología utiliza el software de facturación	
Indicar en que sistema operativo funciona el software de facturación	
Nombre de la Empresa que provee el software de facturación	
Indicar si tiene computadora o tablet con acceso a Internet	

Firma del Interesado: _____
Aclaración de firma: