



Expresión de Interés

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 y/o Representante Legal Autorizado	
Nombre	
C.I.	
Email	
Teléfono / Celular	
Domicilio	

Datos de la Persona Jurídica	
Nombre de la Farmacia	
RUT	
Razón Social	
Email	
Teléfono / Celular	
Horario de Atención	
Asociación de Farmacia	
Fecha Habilitación MSP	
Departamento	
Localidad	
Calle	
Numero de puerta	
Manzana - Solar	
Código Postal	
Padrón (opcional)	
Comentarios (opcional)	

Datos del Responsable Técnico	
Nombre	
Cedula de Identidad	
Teléfono / Celular	
Email	

Contacto Operativo	
Nombre	
Cedula de Identidad	
Email	

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	