

DISPENSACIÓN DE CANNABIS EN FARMACIAS

Solicito y expreso 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 IRCCA y las Asociaciones de Farmacias

Identificación de Farmacia

* Nombre	<input type="text"/>
* RUT	<input type="text"/>
* Razón Social	<input type="text"/>
* Email	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>
* Horario de atención	<input type="text"/>
* Asociación de Farmacia	<input type="text"/>
* Fecha Habilitación MSP	<input type="text"/>

Datos del Representante Legal

* Nombres y Apellidos	<input type="text"/>
* Cédula de Identidad	<input type="text"/>
* Teléfono	<input type="text"/>
* Email	<input type="text"/>
* Dirección	<input type="text"/>

Datos del Responsable Técnico

* Nombres y Apellidos	<input type="text"/>
* Cédula de Identidad	<input type="text"/>
* Teléfono	<input type="text"/>
* Email	<input type="text"/>

Contacto Operativo

* Nombre y Apellido	<input type="text"/>
* Cédula de Identidad	<input type="text"/>
* Teléfono	<input type="text"/>
* Email	<input type="text"/>

Dirección de la Farmacia

* Calle	<input type="text"/>
* Numero de Puerta	<input type="text"/>
Manzana / Solar	<input type="text"/>
* Código Postal	<input type="text"/>
Padrón	<input type="text"/>
Apartamento	<input type="text"/>
* Localidad	<input type="text"/>
* Departamento	<input type="text"/>
Comentarios	<input type="text"/>

Equipamiento Informático

Para la adhesión al sistema de registro de usuarios en farmacia necesitamos saber si, ¿posee al menos un pc o notebook con el sistema operativo Microsoft Windows 10 u 11?

SI

No

Nota: Los campos marcados con * asterisco en rojo son campos obligatorios.