

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	
* RUT	
* Razón Social	
* Email	
	Este correo se utilizará para el ingreso al portal de farmacias y las notificaciones asociadas.
Teléfono	
Celular	
* Horario de atención	
* Asociación de Farmacia	
* Fecha Habilitación MSP	

Datos del Representante Legal

* Nombres y Apellidos	
* Cédula de Identidad	
* Teléfono	
* Email	
* Dirección	

Datos del Responsable Técnico

* Nombres y Apellidos	
* Cédula de Identidad	
* Teléfono	
* Email	

Contacto Operativo

* Nombre y Apellido	
* Cédula de Identidad	
* Teléfono	
* Email	

Dirección de la Farmacia

* Calle	
* Número de Puerta	
Manzana / Solar	
* Código Postal	
Padrón	
Apartamento	
* Localidad	
* Departamento	
Comentarios	

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 * son campos obligatorios.